

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° 404

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Louis VERNIÈRE

Né à Estrées-Saint-Denis (Oise) le 2 juillet 1882

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ASTASIE-ABASIE

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { MM. RAYMOND, professeur

CHAUFFARD, professeur

GOUGET, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

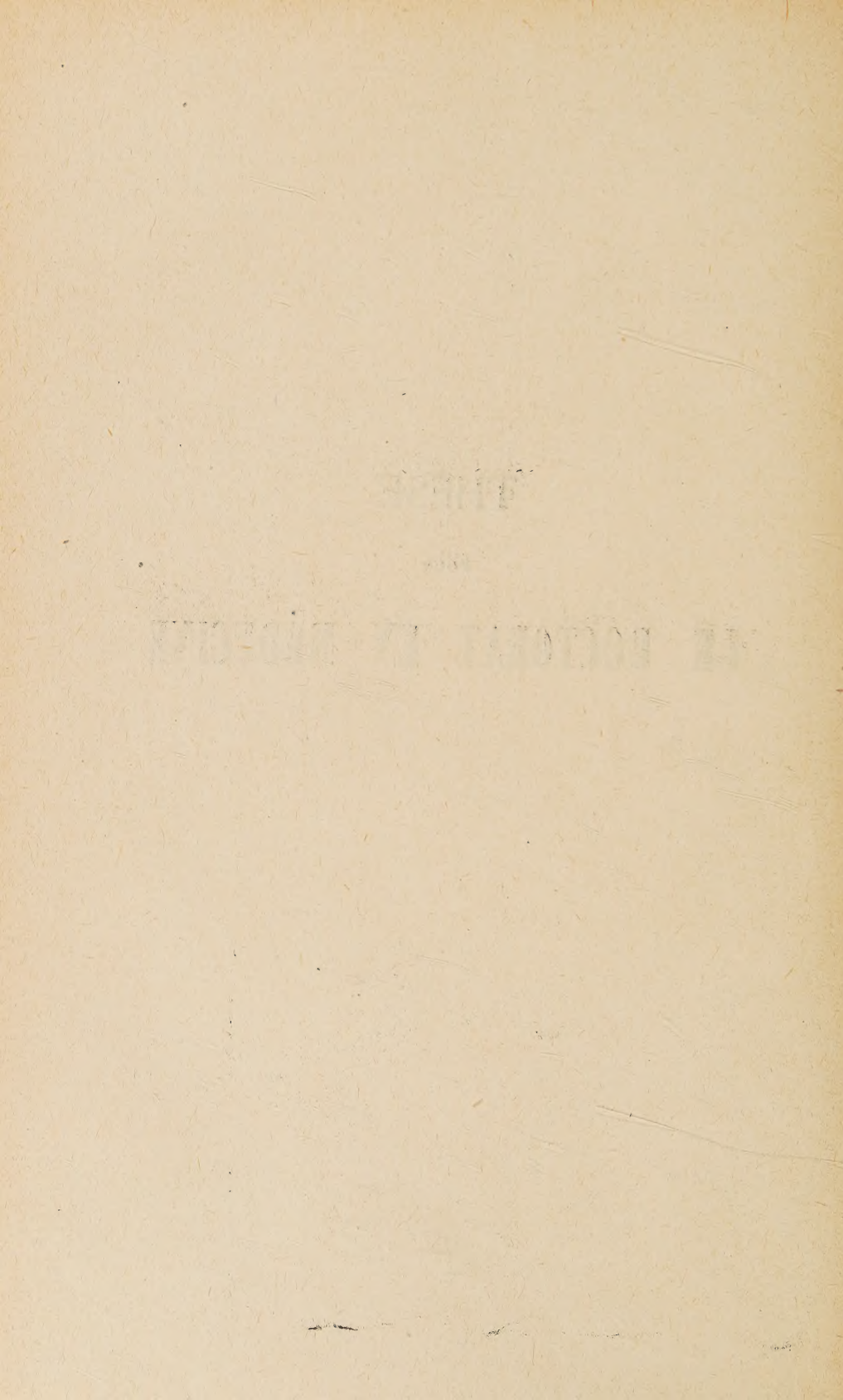
15, rue Racine, 15

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Louis VERNIÈRE

Né à Estrées-Saint-Denis (Oise) le 2 juillet 1881

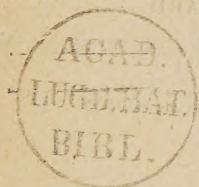
Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ASTASIE-ABASIE



Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { MM. RAYMOND, professeur
CHAUFFARD, professeur
GOUGET, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTERMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
Clinique médicale	ROGER
Maladies des enfants	HAYEM
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY
Clinique chirurgicale	HUTINEL
Clinique ophtalmologique	GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER
Clinique d'accouchements	RAYMOND
Clinique gynécologique	DELBET
Clinique chirurgicale infantile	QUENU
Clinique thérapeutique	RECLUS
	SEGOND
	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
▲UVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR OSCAR VERNIÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Vice-Président de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

AU DOCTEUR MARCEL NATHAN

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

(Broussais, 1904-1905)

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

(Cochin, 1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

(Hôtel-Dieu, 1906)

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BLUM

(Saint-Antoine, 1906)

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

(Maternité de l'Hôtel-Dieu, 1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Enfants-Malades, 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

(Hôtel-Dieu, 1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

(Saint-Louis, 1909)

A MES AUTRES MAITRES

MESSIEURS LES DOCTEURS CARNOT,

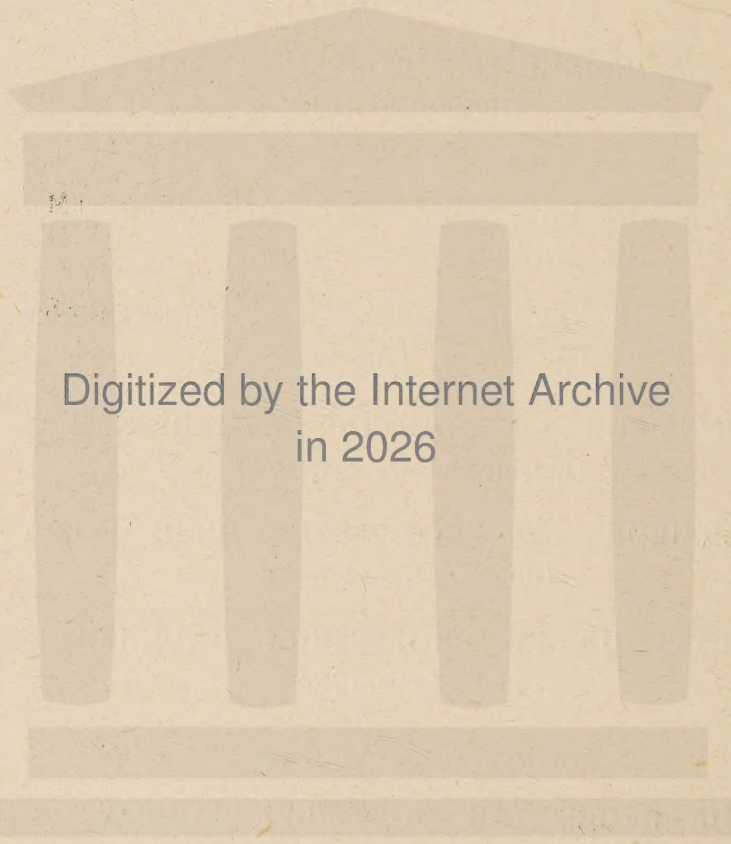
PIERRE DUVAL, BAUDET,

BOUFFE DE SAINT-BLAISE, DURAND,

LEREBoullet, GUILLEMOT, CROUZON,

MARCEL NATHAN, LE PLAY, GAUTIER,

FOUQUET, DRUELLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE De l'Astasie-Abasie

AVANT-PROPOS

Le jour de la soutenance de la thèse doit être pour tout étudiant en médecine un jour heureux, puisque le but vers lequel ont tendu six ans d'efforts et de travail se trouve enfin atteint.

Cependant si l'on éprouve une grande joie à posséder enfin ce titre de docteur si ardemment désiré, on éprouve aussi une certaine tristesse en pensant qu'il faudra bientôt se séparer de ses maîtres vénérés et de ses amis d'études.

Mes amis savent combien il me sera pénible de les quitter.

Je veux dire ici à mes maîtres toute la peine que j'éprouverai à ne plus suivre leur enseignement et je tiens à les assurer de mon profond respect et de toute mon affection.

Je remercie sincèrement tous mes maîtres dans

les hôpitaux et en particulier M. le professeur Dieulafoy qui par ses savantes leçons de tous les jours m'a familiarisé avec les difficultés de la clinique médicale et m'a fait le grand honneur de présider ma thèse.

Je remercie M. le Dr Richardière, qui pendant un an m'a fait profiter à l'hôpital des Enfants-Malades de son grand savoir et de sa longue expérience.

Je remercie également M. le Dr Marcel Nathan, chef de laboratoire à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, qui, après une très belle leçon du mercredi sur l'astasie-abasie, a bien voulu me communiquer ses observations et me guider dans le plan de ma thèse.

DÉFINITION

Sous le nom d'astisie-abasie on range un certain nombre de syndromes caractérisés par ce fait qu'un malade qui couché peut faire d'une façon satisfaisante les différents mouvements de la marche ne peut lorsqu'il est abandonné à lui-même sur pieds ni se tenir debout (astisie) ni marcher (abasie).

HISTORIQUE

Le nom d'astisie-abasie a été donné à cette maladie par Blocq (1) en 1888, inspiré peut-être dans ce néologisme par M. Girard, de l'Académie Française.

Mais bien avant lui différents auteurs avaient observé des cas analogues, et ce syndrome décrit par Blocq en 1888 avait été vu en 1864 par le professeur Jaccoud (2), qui en parle comme d'une ataxie par défaut de coordination automatique. Selon la description de cet auteur, le malade étant couché ou étant assis peut exécuter avec force et régularité tous les mouvements avec ses membres inférieurs, mais dès qu'il essaie de se lever et de marcher, les mouvements deviennent ataxiques, ainsi chaque fois que la plante du pied touche le plancher, on observe des contractions qui rompent l'équilibre et détruisent l'harmonie de l'acte de mouvement.

Le même symptôme morbide a été également

1. P. Blocq. « Sur une affection caractérisée par de l'astisie-abasie ». *Archives de Neurologie*. Paris, 1888, nos 43 et 44, p. 24 et 187.

2. Jaccoud. *Paraplégies et ataxie de mouvement*. Paris, 1864, p. 653.

observé et décrit par Lebreton (1) en 1868 dans sa thèse consacrée à la paralysie hystérique.

En décrivant l'état d'une malade Lebreton dit : « Il arrive souvent que la malade étant couchée peut imprimer des mouvements étendus à ses membres inférieurs, on croirait alors qu'il y a paresse ou simulation chez elle, mais si on tente de lui faire faire quelques pas, tout d'abord la progression quoique lente s'effectue assez bien, mais bientôt les jambes commencent à faiblir, elles plient sous le poids du corps, on dirait qu'à un moment donné l'influx nerveux dont on a fait provision est épuisé. »

Les études entreprises ultérieurement sur l'astasié-abasie proviennent pour la plupart de Charcot et de ses élèves.

Cependant ces études ne sont pas les seules et dès que Blocq eut autonomisé en quelque sorte le syndrome en le différenciant sous le nom d'astasié-abasie, qu'il lui donne, on voit paraître dans la littérature médicale toute une série d'études et de communications où cette dénomination est acceptée.

Ce sont en France les mémoires de Charcot (2) et de ses élèves, de Pitres (3), de Grasset (4).

1. Lebreton. *Des différentes variétés de la paralysie hystérique*. Thèse de Paris, 1868.

2. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. Paris, 1890.
— *Journal de médecine* de Paris, 1888.

3. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891.

4. Grasset. *Maladies de l'orientation et de l'équilibre*, 1900.

En Italie, les travaux de Miliotti et Serafino Romei (1) ;

En Angleterre ceux de Weir Mitchell (2), Hammond (3), Knapp (4) ;

En Allemagne, ceux d'Erlenneyer (5) et d'Henoch (6).

Mais dans plusieurs de ces ouvrages, comme dans celui de Weir Mitchell, qui l'appelle « ataxie motrice hystérique », on désigne ce syndrome sous un autre nom.

Depuis ces travaux, il a été donné à tous les auteurs de voir des cas d'astasia-abasie, d'importantes études ont été faites à ce sujet et de nombreuses observations publiées.

Mais toutes ces observations n'ont pas ressemblé à celles de Blocq et de Charcot ; lorsqu'on étudie les faits publiés sous le nom d'astasia-abasie, on est frappé par leur caractère disparate, et en effet, comme nous le verrons dans le cours de ce travail, comme nous l'avons déjà énoncé dans la définition, l'astasia-abasie n'est pas une entité morbide, mais un syndrome clinique variable dans sa forme, son évolution clinique, ses associations morbides et ses causes pathogéniques.

1. Serafino Romei, « *Paraplegia infantile vel solo atto ambulaziore.* » *Gazetta degli ospitali*, n° 76, p. 605 della.

2. Weir Mitchell. *Lect. of diseases of the nervous system espezzall in women.* Philadelphia, 1885.

3. Hammond. « *Astasia and abasia vith the presentation of case.* » *Medical Record*, 1891, 28 février.

4. Knapp. « *Astasia-abasia.* » *The journal of nervous and mental*, novembre 1891.

5. Erlenneyer. *Über statische reflexkramp.* Leipsich, 1885.

6. Henoch. *Vorlesungen über Kinder Krankheiten.*

DESCRIPTION CLINIQUE

La description clinique de l'astisie-abasie s'est bien compliquée depuis Blocq, par suite des formes assez nombreuses qui en ont été décrites ; cependant la définition qu'en donne cet auteur reste toujours comme type.

« Nous désignons ainsi, dit-il, un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs » (P. Blocq.)

Cette maladie peut se développer chez des personnes de tout âge et de toute condition. Pitres nous donne dans ses leçons cliniques sur l'hystérie des observations d'astisie-abasie chez des enfants de huit à quatorze ans, les observations d'adultes sont très nombreuses, et dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière, Charcot nous montre un astisque-abasique de soixante-quinze ans.

Cette maladie débute en général à la suite d'une émotion morale ou d'un léger traumatisme. Elle s'établit d'emblée ou progressivement. Elle est essentiellement caractérisée par la perte des synergies

musculaires qui assurent l'équilibre dans la station verticale et dans la marche.

La plupart du temps, on se trouve en présence de personnes fortes, bien constituées, bien musclées, ayant un facies excellent et un très bon appétit et chez qui rien ne pourrait faire supposer que l'on se trouve en présence de malades.

Lorsqu'on observe ces sujets soit assis soit couchés, on ne constate aucun trouble dans la motilité de leurs membres inférieurs, la puissance dynamométrique est conservée, la conscience musculaire intacte, le réflexe rotulien normal, il n'y a pas de clonus du pied et les malades exécutent avec force et précision tous les mouvements qu'on leur commande. Lorsqu'ils essaient de se lever et de marcher, l'impotence se manifeste : les jambes fléchissent sous eux, ils sont incapables de se tenir debout et à plus forte raison de progresser ou bien leurs membres inférieurs sont pris de tremblement ou bien encore leurs jambes exécutent des mouvements incoordonnés ressemblant à ceux des ataxiques, ou encore des sautilllements.

Au fond la caractéristique commune à toutes les variétés d'astisie-abasie, c'est l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus horizontal et l'impossibilité de leur appropriation à la conservation de l'équilibre et à la marche, dans la position verticale. Le reste est accessoire et sert seulement à constituer des variétés d'astisie-abasie.

Ajoutons que l'occlusion des yeux ne modifie en

rien les phénomènes astasiques-abasiques et que ces individus qui ne peuvent ni se tenir debout ni marcher, progressent à genoux, marchent à quatre pattes, grimpent aux arbres et peuvent nager sans difficulté.

Pour bien montrer les signes cliniques de l'astasié-abasie nous allons tout d'abord en étudier un des types les plus fréquents, il s'agit d'un cas d'astasié-abasie paralytique survenant chez une pithiatique dont nous donnons l'observation, nous réservant d'en faire la discussion à l'étiologie et à la pathogénie.

Ce cas qui va nous servir de modèle a été observé cette année dans le service de M. le Professeur Dieulafoy, par un chef de clinique, M. Marcel Nathanet l'interne du service, M. Faroy.

OBSERVATION I

La nommée L..., gibbeuse, âgée de quarante ans, ouvrière dans les boutons de nacre, a un beau jour une très vive discussion avec son patron d'usine ; sortie très contrariée de son atelier, elle s'affaisse subitement rue Simon-Lefranc, incapable de se tenir debout et de marcher. On la relève, on la soutient, on essaye de lui faire faire quelques pas, mais dès qu'on cesse de la soutenir elle retombe et s'affaisse de nouveau ; on la transporte à l'Hôtel-Dieu où elle est examinée dès son entrée. A l'examen on s'aperçoit qu'elle ne peut ni se tenir debout ni marcher, mais ses réflexes sont normaux

et au lit tous les mouvements sont possibles et très bons.

Après avoir éliminé le tabes et les syndromes cérébelleux, le diagnostic est porté et le lendemain le traitement psychique commence.

C'est aux médicaments psychiques que l'on a recours, on donne à la malade des pilules de mie de pain entourées de papier argenté, on lui vante les propriétés curatives de ce remède et l'effet ne tarde pas à se faire sentir.

Deux jours après elle commence à marcher en s'appuyant sur le dossier d'une chaise et huit jours après son entrée à l'hôpital elle sortait totalement guérie.

Dans cette observation princeps, nous voyons tous les signes énumérés dans la définition : début par une contrariété, malade bien portante pouvant faire couchée tous les mouvements commandés alors que par terre elle ne peut ni se tenir debout ni marcher.

Nous pouvons rapprocher ce cas des observations d'astisie-abasie paralytiques citées par Charcot et par Blocq (obs. II, obs. III).

Dans ces observations nous voyons le début à la suite d'une peur ou d'une émotion ; une évolution rapide vers la guérison et rarement une récurrence chez un même sujet.

L'âge est assez indifférent et ces observations à part quelques petits détails semblent copiées l'une sur l'autre.

Tel est le type que Charcot et Blocq ont appelé paralytique.

Dans tous les cas d'astisie-abasie, on ne rencontre que des troubles de la station et de la marche ; si on a décrit quelques autres troubles chez les astasiques-abasiques, comme des convulsions, la paralysie des membres inférieurs, l'émission involontaire d'urine, l'abaissement du taux de l'urée, l'affaiblissement du sens musculaire, des troubles de la sensibilité cutanée générale ou locale, le rétrécissement du champ visuel, etc, il faut considérer que tous ces troubles n'appartiennent pas à l'astisie-abasie, mais sont des symptômes de la maladie origine et cause de cet état morbide. Nous verrons plus loin en effet que tous les malades atteints d'astisie-abasie sont des personnes nerveuses et la plupart d'entre elles sont d'hérédité névropathique. Dans la plupart des cas on trouve dans les antécédents de ces malades l'hystérie et chez certains la neurasthénie.

On peut se convaincre aisément que chez de tels malades nerveux toutes les causes qui affaiblissent l'organisme, comme les maladies infectieuses fébriles et aussi l'épuisement intellectuel et l'émotion psychique, peuvent immédiatement produire l'astisie-abasie, c'est ce que l'on voit en effet, et il est des cas où l'astisie-abasie fut provoquée par le typhus, la rougeole, la grippe, le surmenage mental exagéré (obs. II).

L'âge des malades a aussi une importance dans la prédisposition à l'astisie-abasie, car si elle peut se manifester à tout âge elle est plus fréquente autour

de quinze ans. La rapidité avec laquelle se développent ces troubles de la station et de la marche est variable ; l'astisie-abasie se développe tantôt subitement, tantôt progressivement.

Cette affection peut apparaître subitement à la suite de quelque émotion ou d'un traumatisme et dans la majorité des cas elle se manifeste violemment avec rapidité, à cause de quelque trouble moral ou d'un léger traumatisme, ou se développe progressivement durant vingt-quatre heures, précédée par un mal à la tête ou une douleur lombaire.

Quelquefois certains malades cessent tout d'abord de marcher avec la jambe droite, puis avec la jambe gauche.

On a même décrit un cas d'astisie-abasie congénitale (Jassinsky). Jusque là nous n'avons parlé que de l'astisie-abasie paralytique, qui est la forme la plus fréquente, mais non la seule, et on comprend très bien qu'entre les malades qui ont à leur équilibre un léger vice rédhibitoire et les astasiques-abasiques il y a place pour de nombreuses formes d'astisie-abasie.

FORMES

On pourrait multiplier les divisions ; en effet, les actes de marcher, sauter, grimper, danser, etc., sont tous des actes complexes dont nous avons appris l'exécution par un long apprentissage, chacun de ces actes correspond à des mécanismes distincts qui

s'acquièrent isolément et peuvent se déranger séparément.

Un petit garçon observé par Charcot était incapable de marcher, mais courait admirablement à quatre pattes et sautait facilement à cloche-pied.

Un autre sautait à pieds joints et grimpait aux arbres comme un singe, bien qu'il lui fût impossible de marcher ni même de se tenir debout sur les deux pieds.

Les formes de l'astisie-abasie ont été classées par plusieurs auteurs :

Blocq avait déjà fixé son attention sur cette grande variété des manifestations de l'astisie-abasie. « Je distingue, disait-il, trois formes, correspondant à différents degrés du trouble de la station et de la marche, notamment : 1° une abolition complète du mouvement ; 2° l'affaiblissement du mouvement ; 3° le mouvement troublé.

Chez Thyssen et Cahen nous trouvons :

Astasie. Abasie	par accès	paralytique ataxique	choréiforme trépidante (Charcot-Grasset) saltatoire (Brisaud)
	continue		

Knapp divise toutes les formes de l'astisie-abasie en deux grandes catégories : 1° en intentionnelles ; 2° en associées avec névroses. A la première catégorie se rapportent telles formes qui sont liées avec l'accès d'angoisse, avec les représentations mentales forcées et violentes. A la seconde catégorie se ratta-

chent telles formes de cette affection qui sont basées sur quelque névrose, comme par exemple l'hystérie.

Kowalensky propose de décrire à l'astisie-abasie : 1° La forme par accès ; 2° la forme aiguë ; 3° la forme chronique constante ; 4° la forme congénitale (décrite par Jassinsky).

Grasset distingue trois types cliniques : 1° astisie-abasie déterminée par de la faiblesse ; 2° astisie-abasie déterminée par de l'incoordination ; 3° astisie-abasie déterminée par des mouvements cadencés.

Quant à Charcot, renonçant à l'exacte classification de tous les genres de l'astisie-abasie, il en esquisse cependant les principaux traits ou, comme il s'exprime lui-même, « les grands jalons autour desquels viendront se grouper naturellement les variétés sans doute fort nombreuses qui pourront se présenter dans la clinique ». Ces deux jalons sont d'une part l'astisie-abasie paralytique et d'autre part l'astisie-abasie avec ataxie ou incoordination motrice.

Les variétés cliniques dont parle Charcot sont en effet très nombreuses, nous allons étudier les principales en tâchant de citer à la suite de chacune l'observation qui nous a paru la mieux appropriée, parmi les innombrables que nous avons pu lire.

Astisie-Abasie à forme paralytique.

La forme paralytique observée le plus souvent répond point pour point à la définition de l'astisie.

abasia donnée au début de la thèse et aussi au type que nous avons pris comme exemple pour montrer les signes cliniques de la maladie. Nous donnons trois autres observations, l'une de Blocq, l'autre de Charcot, la troisième de Pitres, d'astasiabasia paralytique.

OBSERVATION II

(Dr Paul Blocq)

Henri G..., âgé de quinze ans et demi, est entré le 23 juin 1887 à la Salpêtrière et occupe le lit n° 7 de la salle Prüss, dans le service de Charcot.

Antécédents héréditaires. — Le père est ordinairement bien portant, ainsi que les oncles paternels. La mère est rhumatisante et a eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu. Le grand-père maternel est rhumatisant.

Rien à noter chez les autres ascendants. Les quatre frères de l'enfant sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Gob..., n'a jamais été malade dans sa première enfance. A l'âge de cinq ans il a eu la rougeole, et la même année la fièvre muqueuse, l'année suivante, il eut la coqueluche.

Début et marche. — Au mois de mars 1887, Henri G... eut une bronchite suivie de fièvre typhoïde, qui dura un mois.

Lors de sa convalescence, on s'aperçut en voulant le faire lever (fin avril) qu'il lui était impossible de se tenir debout.

Depuis, son état général resta excellent, mais le trouble

moteur persista tel quel, et l'enfant fut conduit à la consultation externe de la Salpêtrière.

Etat actuel (23 juin 1887). — Il s'agit d'un jeune garçon de constitution moyenne, assez bien développé pour son âge, qui répond intelligemment aux questions qu'on lui adresse.

Lorsqu'il est assis sur une chaise ou couché, il ne présente rien d'anormal. Mais lorsqu'on lui demande de se lever, il déclare que cela lui est absolument impossible. Lorsqu'on le met debout, en le maintenant sous les aisselles, ses jambes fléchissent sous lui, comme impuissantes à le porter, et il s'affaîsserait si on ne le maintenait.

Lorsque, étant assis, on lui ordonne d'exécuter certains mouvements, tels que projeter le pied en avant, comme pour donner un coup de pied, tenir les jambes horizontales, mettre les pieds sur les barreaux de la chaise, croiser les jambes l'une sur l'autre, il accomplit tous ces actes rapidement, et avec force et précision.

On s'assure aisément du reste de la conservation de la vigueur musculaire des membres inférieurs en lui faisant étendre la jambe et en lui ordonnant de résister à la flexion, qu'on cherche alors à produire. Etendu sur le dos, il se redresse aisément. Henri G... peut de plus progresser de diverses manières ; il se laisse glisser de sa chaise à terre, et marche très bien à quatre pattes, ou bien encore, assis sur sa chaise il la fait avancer à petits sauts.

Toutefois, il ne peut ni sauter, ni marcher à cloche-pied.

On le porte à un arbre de la cour, en lui enjoignant de grimper, il monte un peu à l'arbre, mais mal, il nous dit du reste n'être pas familiarisé avec cet exercice.

Depuis qu'il est malade, dit-il, il n'a jamais fait de rêves dans lesquels il marchait.

Les jambes ne présentent rien d'anormal : ni amaigrissement, ni troubles trophiques d'aucune sorte. La sensibilité générale et spéciale est conservée dans tous ses modes. Les réflexes tendineux sont forts des deux côtés ; il n'y a pas de trépidation spéciale. Pas de stigmates hystériques, ni points hystérogènes, ni anesthésies sensorielles et pharyngées, ni diathèse de contracture.

Toutefois, il y a un léger rétrécissement du champ visuel. Il n'y a pas de troubles des réactions électriques.

Les organes génitaux sont normaux. Les sphincters et tous les appareils fonctionnent bien.

26 juin. — A la suite d'une séance de transfert à laquelle l'a soumis M. Babinski, Henri G... a pu marcher. Le lendemain, en se levant, il y a encore un peu d'hésitation dans la démarche.

Depuis, le trouble disparaît complètement.

5 septembre. — Nous avons vu l'enfant dont la guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION III

(Charcot) (1)

Ch..., âgé de quarante-quatre ans, exerce la profession d'artiste dramatique. Ses antécédents de famille sont fort significatifs et méritent d'être relevés avec quelque soin.

1. Leçons du mardi à la Salpêtrière, XX^e leçon, 1889.

Il serait le petit-fils du côté paternel du grand musicien qui porte le même nom que lui, sa mère le lui aurait affirmé, mais un mystère semble régner sur ce point.

Son père était artiste dramatique : il a été tué à Blidah en 1851 lors d'une révolte des Arabes. Il a été fort peu connu de son fils qui avait à peine sept ans, lorsque cet événement eut lieu.

Du côté maternel, grand'mère « nerveuse » c'est tout ce qu'on en sait ; elle serait morte d'hémorragie cérébrale.

Le grand-père de ce côté n'a pas été connu malade.

La mère exerçait, elle aussi, la profession d'artiste dramatique. Elle se livrait avec excès à l'usage des boissons alcooliques, elle est morte à l'âge de cinquante-sept ans à l'hôpital Saint-Antoine.

Un des frères de sa mère, comédien, avait la mauvaise habitude de boire beaucoup d'absinthe, il est mort également à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici maintenant ce qui concerne les antécédents personnels de notre malade. Jusqu'à l'âge de trente-quatre ans, il n'avait jamais été malade, sa santé était parfaite, seulement il était très nerveux, très émotif, d'ailleurs élevé par sa mère dans le théâtre, il avait été excessivement gâté dans son enfance. Il pleurait pour les motifs les plus futiles. Il lui arrivait souvent au théâtre, quand il y allait comme spectateur, de pleurer au moment des scènes pathétiques ; le cœur lui battait, il se sentait serré à la gorge et se mettait à sangloter. Par un contraste singulier, quand il est au delà de la rampe, faisant son métier d'acteur, il ne s'émeut jamais hors de propos comme comédien. Il joue les comiques, les « queues rouges » comme on dit dans le métier. Arnal et

Alcide Touzé sont les types dont il essaie de se rapprocher.

Il n'a **jamais pu**, par suite dit-il d'un vice de prononciation aborder les personnages **sérieux**. Il n'est jamais parvenu, d'ailleurs dans sa profession à s'élever au-dessus des rangs les plus modestes.

Les premiers accidents nerveux bien caractérisés qu'il ait prouvés remontent à dix ans. Il apprit à cette époque-là-que sa femme le trompait : il en éprouva un très violent chagrin, et un jour en sortant d'une répétition il sentit quelque chose qui lui montait à la gorge et l'étouffait. Peu après survinrent des battements dans les tempes puis un **tremblement** général très violent entrecoupé de sursauts, de brusques décharges ; perte de connaissance. La crise se calmait de temps à autre, puis les accidents nerveux reparaissaient comme de plus belle. Pendant près de huit jours il a dû rester à la chambre.

A partir de cette époque, des attaques analogues se sont reproduites une fois tous les six ou huit mois, toujours à la suite de contrariétés et d'émotions, et c'est à peu près constamment vers minuit ou 1 heure un matin, après le spectacle, qu'elles ont éclaté.

C'est, il y a deux ans, en avril 1887, encore à la suite d'une grande émotion, que s'est pour la première fois produit le syndrome abasie paralytique, que nous allons pouvoir étudier dans un instant.

Ch... était alors à Angoulême régisseur d'un concert-théâtre où il jouait la comédie et chantait. Il apprit tout à coup que le directeur de cet établissement ayant fait de mauvaises affaires s'était enfui subrepticement. Alors survint une de ces crises de tremblement précédée d'un **aura** caractéristi-

que auxquelles il était devenu sujet depuis huit ans, celle ci dura environ deux jours, pendant ce temps le malade ne put pas quitter le lit. Les accidents nerveux au bout de cette période s'étant amendés, il voulut un matin, se croyant guéri, se lever pour retourner à ses occupations, mais à son grand désappointement, à peine ses pieds avaient-ils touché le sol, qu'il s'affaissa et tomba lourdement sur les genoux.

L'abasie et l'astasia s'étaient constituées telles que nous les retrouvons aujourd'hui. En effet, il été parfaitement établi par le récit du malade, que lors de cette première atteinte les membres inférieurs qui, lorsqu'il s'agissait de la station ne pouvaient pas le supporter, étaient capables cependant dans le lit d'exécuter tous les mouvements possibles avec force et précision. L'abasie-astasia a duré alors près de quatre mois, durant lesquels il ne s'est pas produit de nouvelles crises de tremblement précédées d'aura. Le malade a été traité à l'hôpital d'Angoulême, les applications de pointes de feu, les bains alcalins sulfureux sont les principaux agents qui ont été employés. L'amélioration ne s'est produite que très lentement, progressivement. Le fait est que pendant deux mois le séjour au lit a été à peu près absolu et que pendant deux autres mois la station et la progression, n'ont été possibles qu'avec le concours de béquilles. Puis vint une période où la marche pouvait s'exécuter simplement à l'aide d'une canne. Mais il importe de remarquer que jamais depuis lors la guérison n'a été absolument complète.

Il a été impossible à Ch..., depuis cette époque, de remonter sur la scène, il a dû se résigner à faire le métier de régisseur dans les cafés-concerts. C'est qu'en effet, bien qu'il pût se tenir debout et marcher, l'un ou l'autre de ses membres

inférieurs était exposé à se dérober sous lui, de temps en temps inopinément, et plusieurs fois ces effondrements l'ont précipité à terre.

Les choses étaient ainsi lorsqu'à la fin de l'année dernière, le 13 novembre 1888, en apprenant une nouvelle perte d'argent qui cette fois le plongeait définitivement dans la misère, il fut pris derechef d'une crise de tremblements semblable aux précédentes et qui elle aussi se répéta à peu près incessamment durant une période de deux ou trois jours. Au bout de ce temps, les crises ayant cessé, le malade voulut sortir du lit, mais l'astasia s'était reproduite dans toute son intensité première et aujourd'hui, nous retrouvons après huit mois, le syndrome dont il s'agit tout aussi développé qu'il l'était à l'origine.

Couché sur le brancard ou assis sur une chaise Ch... exécute les divers mouvements qu'on lui prescrit avec les membres inférieurs, avec une énergie et une précision qui ne laissent rien à désirer, aussi bien lorsque les yeux sont ouverts que lorsqu'ils sont clos. Pas d'ataxie locomotrice, pas de paraplégie spasmodique. Réflexes pas exagérés, ni rigidité des membres, le phénomène du pied n'existe pas, pas de douleur dans ces membres, pas de troubles urinaires.

Il n'y a à observer seulement dans ces membres qu'un léger tremblement vibratoire qui existe également dans les membres supérieurs et qui, bien qu'il s'exagère manifestement à l'occasion de divers mouvements exécutés, ne les trouble pas notablement.

Maintenant deux personnes sont obligées de soulever Ch... et de le soutenir sous les aisselles, afin qu'il puisse essayer de se tenir debout. La station est impossible, et dans les

efforts qu'il fait pour se tenir sur ses membres inférieurs, ceux-ci se placent dans l'extension puis un peu après se fléchissent au niveau des genoux de façon que les pieds ne portent plus sur le sol. C'est bien là le phénomène de l'astasia dans toute sa singularité. Celle-ci implique nécessairement l'abasia, car on ne saurait marcher, du moins de la marche ordinaire, lorsqu'il est impossible de se tenir debout. Mais l'impuissance motrice n'est pas relative chez Ch... à tous les modes de station ou de progression. Ainsi il se tient très bien à genoux, le tronc droit et sans que les fesses portent sur les talons et il peut parfaitement progresser ainsi, il marche également « à quatre pattes » à peu près comme le ferait un sujet normal.

Enfin, étant assis sur une chaise il peut se transporter cette fois à peu près sans le secours des membres inférieurs par des mouvements qu'il imprime à son siège à l'aide des mains. Notons encore chez Ch... une hémianalgésie droite avec anesthésie très nette de la cornée de ce même côté, mais sans rétrécissement bien marqué du champ visuel. Un tremblement des extrémités dont nous avons déjà parlé, et enfin une diminution du goût et de l'odorat sur la moitié droite.

OBSERVATION IV

(Pitres)(1)

Le jeune Roger de C..., âgé de dix ans et demi, était en pension en 1882 au collège des Dominicains d'Arcachon. Un matin, se sentant fatigué, il demanda à rester au lit plus

1. Pitres, *loco citato*.

tard que de coutume. Le surveillant du dortoir ne voulut pas accorder l'autorisation demandée, et pour être bien sûr que l'enfant ne se rendormirait pas, il lui aspergea le visage avec quelques gouttes d'eau froide. Roger fut extrêmement blessé de ce procédé. Ils'en plaignit amèrement à ses parents, et comme ceux-ci ne paraissaient pas attacher une grande importance à ces plaintes, il concentra son ressentiment sans l'oublier.

Quelques jours après, pendant les vacances du premier de l'an, il fut pris de grandes attaques convulsives accompagnées de contractures, de photophobie, de délire. L'enfant tenait des propos incohérents : il émettait des avis peu en rapport avec son âge et son éducation : il parlait nègre, « moi pas content, moi souffrir de la tête, etc. » ; il interpellait grossièrement les personnes qui le soignaient, etc.

C'est alors que je le vis pour la première fois en consultation avec mon très distingué confrère, M. le Dr Hameau (d'Arcachon) : Le diagnostic d'hystérie infantile s'imposait. Nous conseillâmes de séparer momentanément l'enfant de sa famille, qui l'entourait d'une sollicitude excessive et de lui faire suivre un traitement hydrothérapique régulier à Bordeaux. On l'envoya dans la maison de santé dirigée par le Dr Delmas. En très peu de temps les accidents s'apaisèrent. L'enfant revint à Arcachon tout à fait rétabli, au moins en apparence, dans le courant du mois de mars.

Mais le 2 avril, sans convulsions préalables, sans causes connue, il devint incapable de se tenir debout et de marcher.

On le transporta de nouveau à Bordeaux, où je le trouvai dans l'état suivant :

Lorsqu'il était étendu sur son lit, ou assis sur un fauteuil, il pouvait mouvoir ses jambes dans tous les sens et sans aucune difficulté. Il donnait des coups de pied vigoureux : il opposait une résistance très grande aux efforts qu'on faisait pour fléchir malgré lui ses jambes et ses cuisses : il se rendait parfaitement compte, même les yeux fermés, de la position occupée par ses membres inférieurs ; il ne présente, en somme, aucun trouble appréciable de la motilité. Mais si on le forçait de se lever et de marcher, ses jambes fléchissaient sous lui et il s'affaissait immédiatement sur le plancher. Il pouvait, cependant, se tenir à genoux ou à quatre pattes et dans ces positions il allait sans aucune difficulté d'un bout à l'autre de sa chambre.

Si on le soulevait par les aisselles, il pouvait faire exécuter à ses membres inférieurs des mouvements pendulaires, analogues à ceux qui se produisent dans la marche ; mais aussitôt que ses pieds reposaient sur le sol, il éprouvait, disait-il, dans les genoux, une douleur qui l'obligeait malgré lui à fléchir les jambes.

En fait, tandis que la pression ou la malaxation des hanches, des cuisses, de mollets, des pieds ne déterminait aucune sensation pénible, le rapprochement violent des os de l'articulation tibio-fémorale et la percussion du talon, le membre étant dans l'extension, donnaient lieu à une douleur aiguë dans le genou et à un mouvement brusque et involontaire de flexion de la jambe sur la cuisse. Il n'y avait bien entendu aucun signe permettant de faire supposer l'existence d'une lésion des articulations : pas de gonflement, pas de rougeur, pas de déformation, pas de craquement intra-articulaire.

La sensibilité cutanée était normale sur tout le corps sauf au niveau des bras et des épaules où existaient deux larges ilots d'anesthésie qui disparurent, du reste, après une seule application de sinapismes. Pas de zones hystérogènes, pas de troubles des organes des sens, mais il faut dire que l'examen des champs visuels n'a pas été pratiqué.

Le traitement hydrothérapique fut repris avec énergie. Quelques semaines après, la guérison était complète. Le jeune Roger a pu continuer ses études et depuis 1883 il n'a eu aucun accident nouveau.

Astasie-Abasie à forme trépidante

Dans la forme trépidante, aussitôt que les membres inférieurs touchent le sol, ils sont pris d'un tremblement qui arrête toute progression. Des trépidations et des convulsions apparaissent dans leurs pieds.

OBSERVATION V (Résumée)

Paul Blocq (1)

Le malade que je vous présente aujourd'hui vous paraîtra digne d'intérêt, car c'est un cas rare et peu connu dans l'espèce. L'affection dont il est atteint est survenue par la suite de l'asphyxie par l'oxyde de carbone.

Une question préjudicielle se pose à cette occasion. Le trouble dépend-il essentiellement de l'empoisonnement oxycar-

1. Leçon de M. le professeur Charcot, recueillie par M. le Dr Paul Blocq.

boné ou bien, et je vous rappelle ici quel est le rôle des intoxications par rapport à certaines affections du système nerveux à l'hystérie en particulier ; vous n'ignorez pas qu'à la suite de l'imprégnation plombique, alcoolique, etc..., cet état morbide apparaît parfois sans mériter la dénomination d'hystérie toxique ou bien, dis-je, le rôle de l'intoxication s'est-il borné à provoquer l'apparition du désordre ?

C'est cette seconde hypothèse que nous pouvons indiquer ici, et vous vous rendrez compte ultérieurement de ce qu'elle a de fondé.

Voilà de quoi il s'agit. Cet homme est, vous le voyez, d'apparence vigoureuse, quoique un peu pâle et déprimé, il a des antécédents héréditaires et un passé nerveux accentué sur lequel je n'insiste pas pour le moment, il présente un ensemble symptomatique très particulier.

Placé sur un lit, quoi qu'il puisse se tenir debout, il est absolument normal et n'offre les signes d'aucune affection spéciale, dynamique ou organique.

Les membres inférieurs sont souples et il accomplit aisément tous les mouvements qu'on lui ordonne d'exécuter, il lève ses jambes, lance un coup de pied, résiste bien quand on le lui dit aux efforts que l'on fait pour fléchir ou étendre ses membres, atteint exactement la main de l'expérimentateur avec son pied et dans tous ces actes les mouvements sont parfaitement coordonnés.

Sensibilité conservée. Réflexes rotuliens normaux, N... se retourne aisément sur le dos et sur le ventre. Il exécute aussi très facilement les mouvements de la nage. Il sait nager et n'a pas désappris.

Le sujet étant assis agit de même.

Debout rien d'anormal. N..., se tient ferme sur ses jambes rapprochées, écartées ou fendues comme dans l'escrime.

Lui ordonne-t-on de marcher, l'incoordination spéciale des mouvements de la marche se dévoile. On observe en effet une série de flexions et d'extensions rapides, celles-ci prédominant en apparence. Il lui est difficile et même impossible de se retourner.

Dans la marche normale on commence par fléchir le genou, puis on lève le pied N... essaie de fléchir le genou lui aussi, mais aussitôt arrive un mouvement contradictoire d'extension qui l'emporte sur la flexion. Il détache alors difficilement son pied du sol et il présente cette démarche trépidante qui ressemble à de la paraplégie spasmodique.

Ces anomalies qui apparaissent dans la mise en train se continuent et s'accroissent s'il persiste à marcher. Les mouvements de flexion contre-balancés par ceux d'extension vont se précipitant et N... part penché en avant comme une espèce d'automate.

Cet homme ne sait plus marcher, et n'offre d'incoordination que pour ce mode de progression. Ainsi il saute, ce qui indique l'indépendance les uns des autres de divers mécanismes de la progression, marche, saut, danse, nage..., il saute à pieds joints, nage.

L'explication, c'est que ces mécanismes s'apprennent, et par suite peuvent se désapprendre. La mémoire des mouvements nécessaires à la marche est représentée dans l'écorce cérébrale par un groupe cellulaire, groupe distinct de celui qui correspond de même à la danse, à la nage.

Qu'il vienne à prendre la marche, à grands pas, la marche dramatique, il peut progresser. Une autre particularité :

il ne peut se retourner comme tout le monde le fait, mais exécute facilement le demi-tour militaire. Il a donc conservé toutes les allures, sauf la marche normale : cependant il faut excepter encore la marche en (cul-de-jatte) et la danse de la polka.

N... employé à l'imprimerie Chaix habite une très petite chambre. Le 18 novembre dernier, il voulut se faire chauffer de la tisane. Dans cette intention, il alluma dans sa chambre un réchaud de charbon sur lequel il mit le récipient contenant sa tisane, puis se coucha. Trois jours après il se réveillait dans une salle de l'Hôtel-Dieu. On alla prendre des nouvelles du malade dès le second jour ; et quoique à ce moment il ait parfaitement répondu à l'enfant qui vint le voir sans toutefois le reconnaître, il ne se souvient nullement de cet entretien. Il s'est donc agi là d'une amnésie, caractère de l'asphyxie par l'oxyde de carbone. N... est un prédisposé à l'hystérie dont l'accident asphyxique a dévoilé les manifestations. Reprenons son histoire : durant son coma on avait appliqué aux jambes des sinapismes qui avaient provoqué des eschares ; aussi ses membres étaient-ils bandés quand il se réveilla. Il fit à l'Hôtel-Dieu un séjour de douze jours, et, peu de temps après sa sortie éprouva quelques difficultés à marcher.

Il en conçut des craintes énormes, provenant des conséquences graves qu'entraînerait pour lui une telle infirmité. Dans la situation mentale où il se trouvait, on conçoit aisément qu'il se soit produit un phénomène d'auto-suggestion ayant les désordres actuels pour conséquence. Cependant il peut marcher pendant dix jours encore, puis il se heurte accidentellement à un passant sur le trottoir, veut reculer et

dès ce moment commence cette marche trépidante qui depuis a persisté.

Astasie-abasie à forme saltatoire

Chez quelques astasiques-abasiques apparaissent des convulsions saltatoires réflexes, certains font les premiers pas très irrégulièrement, mais au bout de ces quelques pas, ils sentent de la pesanteur dans les jambes et tombent ; ou bien après quelques pas faits normalement, la marche du malade devient accélérée ; le malade commence à être irrité, son allure devient plus rapide, il saute, il semble danser et il tombe. Souvent après un court repos, il peut de nouveau faire quelques pas.

OBSERVATION VI

(Brissaud) (1)

Eugène L... revient du Tonkin où il a payé son tribut à la malaria, n'est ni buveur ni syphilitique.

Rappelé en France au mois d'octobre dernier, il commença à éprouver pendant la traversée des douleurs de reins, d'abord peu intenses, qu'il attribuait à ce qu'il était obligé de coucher sur un plan dur. En réalité, il souffrait davantage toutes les fois qu'il se couchait. A son retour, lorsqu'il eut retrouvé un lit meilleur, il ne cessa pas de souffrir.

1. *Archives générales de médecine*, octobre 1890.

Au contraire, les reins étaient de plus en plus endoloris. Puis il éprouva une certaine difficulté à marcher avec de la faiblesse dans les jambes. Il s'aperçut aussi presque en même temps que les besoins d'uriner étaient très impérieux, sans être plus fréquents. Il lui fallait les satisfaire immédiatement ; il lui était impossible de se retenir plus de quelques secondes et encore aux prises de douleurs assez vives.

Lorsqu'il entra à l'hôpital Tenon, au mois de novembre, on examina soigneusement sa colonne vertébrale, et il raconte que la pression et le choc des épines lombaires lui causaient une violente douleur avec des irradiations dans les jambes. Il existait aussi un point douloureux à un niveau plus élevé de la colonne. On ne constata pas de déformation rachidienne. On le fit marcher nu-pieds. Il se rappelle qu'il traînait la jambe droite et qu'il ne sentait pas le froid du parquet. Il avait des crampes dans les mollets et on aurait constaté à cette époque (novembre 1889) des secousses fibrillaires.

Une note rédigée le jour de l'entrée fournit les renseignements suivants : rachialgie lombaire, parésie et hypoesthésie des membres inférieurs, crampes, incontinence d'urine, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde.

Tous ces phénomènes morbides seraient survenus dans l'espace de trois semaines. Mais le malade ne sait pas exactement s'ils sont survenus tous en même temps.

A la fin de décembre, lorsque nous prenons possession du service, nous constatons ce qui suit :

Les jambes sont étendues parallèlement, les muscles très développés font saillie sous la peau et sont durs. Le malade sent que « les nerfs sont tendus » ; il ne fait aucun mouve-

ment, afin qu'ils ne se tendent pas davantage. D'ailleurs, même dans l'immobilité, il éprouve tantôt des crampes passagères, tantôt de violentes secousses. Nous le prions de faire quelques pas ; il sort ses jambes du lit, parallèlement, comme d'une seule pièce. Elles sont toujours raides et étendues : quand il est assis sur le bord de son lit elles ne posent pas à terre. Aussitôt qu'elles touchent le sol, elles sont prises d'un tremblement épileptoïde à vibrations brèves, et lorsque le malade se dresse debout, la trépidation persiste avec des vibrations plus lentes. Il se met en marche et la trépidation épileptoïde persiste.

Tout à coup il saisit une chaise et s'assied brusquement, disant qu'il ne peut aller plus loin. Il se laisse tomber plutôt qu'il ne s'assied, car les jambes restent toujours parallèles et raides. Si on lui ordonne de marcher encore, il sautille absolument comme s'il dansait sur une mesure à quatre temps (deux temps sur chaque pied, quatre sauts par seconde). De nouveau, il est obligé de s'arrêter tout à coup et de s'asseoir, car une crise de contracture le prend, et l'empêche absolument de se tenir debout.

Les membres supérieurs ne sont nullement envahis. Le malade s'est plaint pendant deux jours d'une douleur au niveau du renflement cervical, mais cette douleur a disparu, et il n'en reste plus rien.

Pas de phénomènes céphaliques ; ni maux de tête, ni rêves, ni cauchemars. Pas de phénomènes pupillaires.

Les organes internes sont sains. Il y a seulement un peu de paresse stomacale, de l'anorexie, du pyrosis.

Constipation très forte : le malade ne va pas à la selle sans lavements.

5 janvier. — Douleurs très vives au niveau de la colonne vertébrale jusqu'au cou.

3 février. — Le rachis est maintenant douloureux sur toute sa longueur jusqu'à l'occipital. La marche est toujours sautillante, elle devient de plus en plus pénible. L... ne peut plus faire le tour de la table, car il souffre aussitôt dans les membres inférieurs et dans la région lombaire. Dès qu'il pose le pied à terre il rebondit sur la pointe, le talon revient aussitôt frapper le sol, et ainsi de suite, comme s'il avait été soulevé par un ressort.

Ces mêmes phénomènes se produisent si le malade ne fait que se tenir debout. Tout tremblement cesse dès qu'il se remet au lit.

La position assise est tolérable à cause des douleurs. Constipation persistante.

Sensibilité sous tous ses modes, abolie sur les membres jusqu'aux genoux. La limite supérieure de l'anesthésie est marquée très exactement par le bord supérieur de la rotule des deux côtés, avec une symétrie absolue.

Réflexe plantaire aboli. Réflexes rotuliens très exagérés des deux côtés. La trépidation se produit avec la plus grande facilité. Il suffit de soulever le membre inférieur pour que le spasme vibratoire rythmé apparaisse immédiatement. La percussion de la face interne du tibia le détermine également bien qu'à un moindre degré. Il suffit même que le malade élève ses jambes au-dessus du plan du lit pour que le phénomène se produise (il est plus prononcé à droite qu'à gauche).

Pas de zones d'hyperesthésie sur le ventre et sur le thorax. Cependant on note à gauche dans le pli de l'aîne et à la

racine de la cuisse une zone d'hyperesthésie assez nette à la piqûre. Cette zone se prolonge en arrière jusqu'au sacrum et à la colonne vertébrale.

5 mars. — Le malade se plaint aujourd'hui d'une douleur atroce dans le dos, analogue à celle qu'il a eue le mois dernier.

La marche est devenue beaucoup plus difficile et plus sautillante. Pour se promener dans la salle le malade se met à genoux dans un fauteuil à roulettes qu'il fait ainsi marcher lui-même en prenant un point d'appui sur les tringles des lits. Il ne marche que lorsqu'on le prie de le faire pour se rendre compte de son état. Dès que la partie antérieure de la plante des pieds touche le sol elle devient comme un ressort sur lequel le corps tout entier se soulève et s'abaisse alternativement, sans que le talon appuie jamais par terre. Une force considérable appliquée sur les épaules du malade est impuissante à arrêter ces mouvements : elle ne réussit, au contraire, qu'à les exagérer.

28 avril. — Amélioration. Le malade commence à pouvoir se plier : sa colonne vertébrale est devenue plus souple et moins douloureuse. Peu à peu il arrive à s'asseoir sur son lit. A partir de ce jour, la percussion du tendon d'Achille ou de la face interne du tibia ne produit plus le tremblement du membre. La pression de la plante du pied est également inefficace, si elle n'est très énergique. Les mouvements sont tout à fait libres dans le décubitus dorsal.

15 mai. — L'amélioration persiste. Il passe la plus grande partie de ses journées assis dans un fauteuil au soleil devant la porte de la salle ; il peut d'ailleurs se déplacer et changer son fauteuil de place ; mais la marche et la station debout

sont toujours aussi saillantes ; seulement le malade est moins fatigué par cette marche qu'il ne l'était le mois dernier.

22 juin. — L'exploration de la sensibilité révèle que l'anes-thésie des membres inférieurs ne remonte plus aussi haut qu'il y a deux mois ; les genoux et la partie supérieure des jambes sont aujourd'hui sensibles.

23 juin. — Le malade est envoyé à la Salpêtrière où le professeur Charcot l'examine et le présente à ses élèves. Dès lors, il ne s'agit plus que d'une abasie saltatoire rythmée, puisque tous les mouvements sont possibles dans la position couchée. Le malade peut marcher à quatre pattes, monter sur un arbre avec la plus grande facilité.

Seule la station verticale et la marche sont accompagnées du spasme saltatoire.

1^{er} juillet. — L'amélioration devient tous les jours plus sensible.

Plus de troubles de la miction déjà depuis deux mois. La constipation est moins marquée, mais existe toujours un peu.

Les mouvements saltatoires diminuent d'amplitude tous les jours.

4 août. — Guérison complète.

Astasie-Abasie choréiforme

C'est la forme dans laquelle les jambes des malades exécutent des mouvements incoordonnés ressemblant à ceux des ataxiques.

OBSERVATION VII

(Lejonne et Chartier. — *Journal de l'encéphale*,
1907, p. 543.)

Astasie-abasie choréiforme

Georgette V... est actuellement âgée de trente-six ans. Sa mère était extrêmement nerveuse et la naissance de cette enfant unique fut un incident mal accueilli de sa vie aventureuse.

L'enfance et l'adolescence de Georgette V... s'écoulèrent sans maladies sérieuses dans un couvent où elle resta de six à vingt ans, sans nouvelles de ses parents. Aussi était-elle toujours triste, mais de caractère plutôt nonchalant ; elle ne présenta jusqu'à dix-neuf ans aucun trouble névropathique.

Vers dix-huit ans cependant, sa formation étant accomplie, elle se prit davantage à penser sur le peu de bonheur que lui donnait cette existence d'abandonnée.

Se comparant aux autres jeunes filles, elle comprit toutes les tristesses que lui réservait l'avenir. Elle devint alors irritable et énervée, elle pleura souvent la nuit, et, peu dévote, malgré l'éducation reçue, elle ne se consola pas de sa solitude. C'est sur cet état psychique prédisposé, qu'un incident léger provoqua les accidents hystériques qui l'amenèrent à la Salpêtrière en 1891 et qui l'y conduisent encore aujourd'hui.

Un jour elle était à genoux depuis un quart d'heure pour

la prière quotidienne, quand, en se relevant, elle ressent dans les deux membres inférieurs, principalement à gauche, l'engourdissement si banal que donne la compression du sciatique par la flexion forcée du creux poplité.

Elle est surprise et s'affaisse. Elle essaye de se relever sans succès. elle se croit paralysée, et de fait, il lui est dès lors impossible de se tenir debout et à plus forte raison de marcher. Transportée dans le service de la clinique de la Salpêtrière, elle voit bientôt sa paraplégie diminuer, disparaître même, pour être remplacée par une astasie-abasie à type de flexions répétées, de salutations, comme disait Charcot qui en a compté plus de 60 par minute. Elle eut à la même époque des crises de tremblements généralisés de même nature. Elle resta deux ans à la Salpêtrière ; les symptômes n'avaient pas encore disparu quand sa mère, qu'elle n'avait pas vu depuis seize années, vint la chercher et l'emmener vivre avec elle. Elle guérit presque aussitôt, conservant seulement par la suite un certain sautillement dans la marche, une brusquerie des mouvements qui la portait à casser les objets fragiles, une impressionnabilité très grande se traduisant par des accès faciles d'oppression.

En 1903-1904, après la mort de sa mère, le changement survenu dans son existence ajoute à cette prédisposition névropathique des sensations vertigineuses, des contractions gastriques angoissantes, des douleurs pelviennes sans substratum apparent, des petites crises syncopales suivies de tremblements généralisés.

Au mois de novembre 1904, revenant de Suède, le bateau subit une tempête terrible. Les passagers furent attachés dans leurs cabines, étendus sur des planches. Elle resta là

pendant plus de deux jours, en proie aux plus vives angoisses. Lorsque le bateau toucha le port, elle fut détachée ; mais, comme en 1891, elle était complètement paraplégique et c'est dans cet état qu'elle fut amenée à Paris, à la Charité. Peu après, toujours comme la première fois, la paraplégie fit place à l'astasia-abasie, mais la durée des accidents fut beaucoup moins longue ; au bout de deux mois elle sortit très améliorée et guérit bientôt complètement.

Elle conserva cependant ses petits accidents d'hystérie ; elle eut même une crise syncopale d'assez longue durée.

Or, en février 1907 elle assista, chez les parents avec lesquels elle vit, à une dispute d'une violence extrême. Très vivement émotionnée, elle s'affaissa. Mais cette fois, la paraplégie ne dura que quelques instants ; presque d'emblée, dès lors, c'est à l'astasia-abasie, toujours du même type qu'autrefois, que sont attribuables les troubles de la marche et de station qui la conduisent dans le service de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière.

Elle se tient debout assez longtemps sans appui, mais il faut alors qu'elle fasse attention, sans quoi elle fléchit sur la jambe gauche. Elle ne peut se tenir sur un seul pied sans s'effondrer immédiatement.

Lorsqu'elle marche, tous les trois ou quatre pas, brusquement, elle s'affaisse tout à coup d'un côté, du côté gauche principalement. Dans un premier temps, tout le côté du corps se dérobe, le membre inférieur gauche se fléchit comme lorsqu'on frappe brusquement sur le jarret d'un homme inattentif ; le tronc se fléchit sur le bassin, en avant et sur le côté, dans un double mouvement de torsion et de flexion ; la tête se penche en avant et le membre supérieur

gauche s'abaisse brusquement de l'épaule en même temps qu'il s'étend dans le but de la préserver de la chute.

De l'autre côté, il se passe quelques mouvements de compensation, comme la projection du membre supérieur droit en dehors, mouvement de balancier pour rétablir l'équilibre.

Dans un second temps elle se redresse et reprend son équilibre ; d'un coup de rein elle porte la tête et le tronc en arrière, elle étend brusquement son membre inférieur gauche, le membre supérieur du même côté reprend rapidement sa position normale. Parfois même elle se redresse si brusquement qu'elle fait de sa jambe droite un écart en arrière.

Ainsi, pendant la marche, mouvements brusques et répétés d'affaissement et de redressement de tout un côté du corps, à gauche plus souvent. L'effondrement du membre inférieur a été le premier en date ; la flexion du tronc et l'abaissement de l'épaule sont survenus par la suite.

Dans la marche à quatre pattes, elle s'effondre de la même façon tous les trois ou quatre pas. Par contre, elle saute très convenablement et peut même, de cette façon, traverser un espace assez considérable.

Il s'agit donc chez cette malade d'une astasie-abasie qui affecte un type assez rare de ce syndrome hystérique ; c'est l'astasie-abasie choréiforme de Blocq — le type de flexion de Charcot — l'ataxie motrice hystérique de Weir Mitchell.

OBSERVATION VIII

(Dr E. Weill, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Lyon. — *Archives de neurologie*, 1892, p. 88.)

Astasie-abasie à type choréique

Lamb..., vingt-huit ans, lingère, célibataire, hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marthe, n° 1. Entrée le 6 juin 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort aliéné dans un asile de Lausanne. Mère morte à quarante-sept ans de tuberculose pulmonaire, n'a jamais eu de crises de nerfs.

Un frère mort à un an de convulsions.

Trois sœurs ayant une santé délicate, mais sans signes de nervosisme.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à dix-sept ans, irrégulièrement avec leucorrhée intermittente.

A été élevée dans un orphelinat, n'a subi ni privations ni fatigues.

S'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt et un ans, malgré des chagrins et des préoccupations continuels. A vingt et un ans, elle contracta la variole et, pendant la convalescence de celle-ci, fut prise d'un hoquet convulsif, bigéminé, procédant par deux secousses successives, accompagné d'une sensation de gêne au cou et à la partie supérieure du sternum. Ce hoquet revenait régulièrement toutes les cinq ou dix minutes. Il persista pendant trois ans, sans s'accompagner d'aucune

autre manifestation nerveuse. Cela résulte des notes que m'a obligeamment remises mon collègue, M. Carrler, qui eut l'occasion de l'observer à cette période. Certaines influences cependant le suspendaient momentanément, l'application d'un courant faradique, un pôle au cou, l'autre à la région épigastrique, la compression d'un des ovaires qui présentait d'ailleurs de l'ovarie, et les injections de morphine.

Au bout de trois ans, le hoquet disparut et de vingt-quatre à vingt-sept ans, L... complètement guérie, séjourna dans un autre orphelinat où sa santé fut assez bonne.

Août 1891. — Elle prend une fièvre typhoïde, et dans la convalescence de celle-ci, on voit éclater trois catégories d'accidents : 1° des crises d'hystérie convulsive au nombre de trois, en l'espace d'un mois, avec conservation de sa connaissance. Ce sont les seules qu'elle ait jamais présentées ; 3° des accès de hoquet bruyant, analogue à celui qu'elle avait eu antérieurement, s'en distinguant cependant par ce fait que les accès, au lieu de comprendre deux secousses, comprenaient de vingt à cent secousses, et qu'au lieu de revenir régulièrement toutes les cinq ou six minutes ils ne se montraient que quatre à cinq fois par jour. De plus le hoquet s'accompagnait de mouvements convulsifs synchrones, affectant le même rythme, des deux membres supérieurs ; 3° dans le même temps se sont montrés du côté des membres inférieurs des phénomènes d'incoordination motrice, qui ne surgissaient qu'à l'occasion de la station debout et de la marche, et sur lesquels nous allons revenir.

Novembre 1901. — Actuellement, L... présente un teint pâle, une certaine maigreur. On ne constate rien d'anormal du côté du cœur, du poumon, du tube digestif ou de l'urine.

On ne trouve ni ovarie ni zone hystérogène en aucun endroit du corps. Le réflexe pharyngien persiste ainsi que la sensibilité cornéenne.

La vision des couleurs se fait parfaitement. Mais la vue a baissé depuis un mois au point que la malade ne peut plus faire de travaux à l'aiguille. Il existe des deux côtés un rétrécissement concentrique très notable du champ visuel.

La pression est douloureuse à l'épigastre et au niveau de la colonne lombaire, sans déterminer de sensation à distance.

Il existe une anesthésie au contact et à la douleur sur les deux pieds et les deux jambes, s'élevant plus haut en avant qu'en arrière de façon à dessiner une botte à l'écuyère.

Les réflexes cutanés sont normaux.

Les réflexes du genou et du coude sont très exagérés, de même l'abaissement brusque de la rotule détermine une trépidation du triceps ; mais il n'y a pas de trépidation plantaire.

La percussion des tendons, des fléchisseurs de la jambe et des extenseurs des doigts n'est pas suivie d'effet.

Au lit, L... présente l'intégrité complète des mouvements de ses membres inférieurs. Elle résiste aux mouvements communiqués et accomplit les mouvements commandés. Lorsqu'on soulève au-dessus du lit le membre inférieur droit, il se produit une légère raideur des muscles postérieurs de la cuisse, raideur qui disparaît si on insiste. La notion de position des membres est conservée.

Si on la fait tenir debout, L... présente immédiatement un grand désordre musculaire. Les cuisses fléchissent brusquement sur les jambes (mouvement d'accroupissement),

les orteils s'étendent, quittent le sol et le corps ne repose plus que sur les talons. Très rapidement il y a un mouvement brusque de redressement du corps qui se jette en arrière et la malade tomberait avec force si on ne la maintenait. Ces phénomènes, si L... est soutenue sous les deux bras, se répètent sans s'arrêter avec une rapidité singulière, jusqu'à ce qu'elle demande grâce et qu'on la recouche.

La marche est absolument impossible, soit la marche à quatre pattes, soit le saut, soit la marche à cloche-pied. L'occlusion des yeux ne modifie pas ces phénomènes.

Ce qui surtout fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'on pouvait par certains artifices permettre à L... de se tenir debout et même de marcher. Pour cela, il suffisait de presser sur les épaules, la partie postérieure du tronc et les régions fessières. Dans ces conditions, les secousses convulsives des muscles s'arrêtaient, la station et la locomotion s'effectuaient avec leurs caractères habituels. L'effet était instantané et durait autant que la pression des zones mentionnées, mais si l'on suspendait la pression, instantanément le trouble de l'équilibre renaissait.

Il est à remarquer qu'en aucun des points d'inhibition on ne trouvait de zones hystérogènes.

Ce phénomène mérite d'être cité ; il n'a d'ailleurs été signalé par aucun autre auteur.

Astasie-Abasie à forme sautillante

Pitres nous donne une très belle observation de l'*astasie-abasie* chez un petit garçon de onze ans :

OBSERVATION IX

Le jeune G..., âgé de onze ans. Mère appartient à une famille de rhumatisants. Père a eu à différentes reprises des accès épileptiformes qui ont disparu à la suite d'un traitement prolongé par le bromure de potassium. G... a joui pendant sa première enfance d'une bonne santé, il a eu cependant quelques poussées d'eczéma, il est fort intelligent et très émotif.

Mars 1889. — Il ressentit dans la cuisse droite des douleurs assez vives accompagnées d'un léger gonflement des ganglions de l'aîne. Après quelques jours de repos, la tuméfaction ganglionnaire se dissipa, mais les douleurs persistèrent. Dès ce moment la marche devint difficile, le petit malade ne pouvait sans souffrir appuyer son pied droit sur le sol. Un beau jour, sans cause connue, la douleur passa de droite à gauche et c'est la jambe gauche qui devint impotente. Cet état persista sans aucune modification appréciable malgré des traitements variés (bains, douches, pointes de feu, électrisation, aimantation, sédatifs, nervins, etc.) jusqu'au mois de juillet. La santé générale était excellente, l'enfant, dont la gaieté n'était pas altérée, sautait toute la journée sur sa jambe gauche. Dans le décubitus dorsal, tous les mouvements étaient possibles et indolents. Dans le courant du mois de juillet, après une consultation à laquelle étaient présents plusieurs médecins, le petit malade fut envoyé à Saint-Sauveur. Pendant le voyage il guérit et, arrivé à Saint-Sauveur, il put descendre seul du train et marcher comme s'il n'avait jamais rien eu d'anormal. Cette guérison persista

jusqu'au mois d'octobre. A cette époque, le jeune G... se plaignit de douleurs dans les genoux, le dos, les hanches et les symptômes d'astisie-abasie commencèrent à se montrer. Le 30 novembre, on constatait les phénomènes suivants :

Etat général excellent. L'enfant est frais, vigoureux, actif, l'appétit est bon, l'intelligence vive. Apyrexie complète, il n'existe aucune lésion locale des articulations ni de la colonne vertébrale.

Quand le malade est étendu sur un lit, tous les mouvements sont possibles et indolents. Les mouvements passifs, les tractions des membres, les chocs au niveau des articulations ne déterminent non plus aucune douleur. Quand il est à genoux, il se tient fort bien en équilibre et peut progresser normalement. Il court avec agilité quand on le met à quatre pattes. Il peut se relever sans difficulté et sans prendre les attitudes signalées dans la paraplégie pseudo-hypertrophique.

Quand il est debout, il reste immobile aussi longtemps qu'on le désire. Il peut également marquer le pas sur place. Mais si on le prie de marcher, il ne peut y arriver qu'en se levant sur la pointe des pieds, en faisant de petits pas de dix ou douze centimètres de longueur et en sautillant comme une pie. Il lui est impossible de progresser autrement, s'il veut faire des pas plus grands il éprouve aussitôt dans les reins une douleur aiguë et s'affaisse sur le sol. Cependant, si on le soulève par les aisselles de façon à ce que les pieds ne touchent plus terre, il peut sans difficulté et sans en éprouver la moindre douleur lancer librement ses jambes dans toutes

les directions et leur imprimer des mouvements pendulaires d'une grande amplitude.

Astasie-abasie à forme oscillante

Il est des cas où chez les astasiques-abasiques le vacillement et le balancement d'un côté à l'autre apparaissent.

OBSERVATION X (Résumée)

(Weir-Mitchell) (1)

M^{me} B..., âgée de vingt ans. atteinte d'asthme, depuis dix-huit mois, est prise brusquement de perte de la parole avec inconscience et convulsions. Cinq semaines après, se développe la paraplégie spéciale.

Au lit, la puissance musculaire des membres inférieurs est considérable, toutefois les mouvements se font par secousses. Debout, elle oscille à droite et à gauche, et plus encore quand elle marche ; pour se maintenir, quand elle penche d'un côté, elle fait des efforts, qui dépassent le but et la rejettent de l'autre côté.

Dans toutes les observations que nous avons données jusque-là, le phénomène d'astasie était lié au phénomène d'abasie, et le syndrome astasie-abasie était bien constitué, mais on peut avoir de l'astasie

1. In thèse Cahen.

sans abasie et réciproquement de l'abasie sans astasie.

Deux observations nous montreront les caractères de cette scission dans le syndrome astasique-abasique ; la première est de Grasset et se trouve dans son livre intitulé *Les Maladies de l'orientation et de l'équilibre*, la seconde nous est personnelle et a été vue par nous chez un membre de notre famille.

OBSERVATION XI

(Grasset) (1)

La femme X..., âgée de vingt-trois ans, est entrée le 22 août 1900, salle Achard-Esperonnier, n° 10.

Son père est probablement mort tuberculeux.

A seize ans, elle a une première crise d'hystérie déterminée par une grande émotion morale ; son père tombe d'un échafaudage et est très sérieusement blessé ; à sa vue elle tombe en crise.

Au premier mois d'une grossesse ultérieure (qui a dû l'impressionner aussi moralement, parce qu'elle n'est pas mariée), elle a une nouvelle crise. Les crises se renouvellent alors jusqu'au second mois qui suit l'accouchement.

Après cela, elles reviennent provoquées par l'apparition des règles.

Elle tousse depuis deux ans.

A son entrée à la Clinique, elle a depuis quelque temps

1. Grasset. *Les Maladies de l'orientation et de l'équilibre*, 1901.

des vomissements alimentaires douloureux survenant bientôt après les repas, avec douleur épigastrique en broche et constipation ; céphalée.

Elle a des crises d'hystérie très nettes ; aura en boule ; chute, perte de connaissance. Seulement elle a le temps de choisir le lieu de sa chute. Elle se débat avec des crises et des suffocations ; a des mouvements convulsifs désordonnés : à la fin, larmes abondantes. Ces crises peuvent être provoquées par la pression ovarienne.

Zones hystérogènes ovariennes, mammaires. Hypesthésie droite au membre inférieur, gauche pour le reste du corps.

Réflexes pharyngé et conjonctivaux diminués ou abolis.

Rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche.

La malade ne peut pas se tenir debout, immobile ; elle est obligée de marcher pour conserver son équilibre. Si elle s'arrête, les jambes tremblent ; puis le tremblement se généralise. Elle est angoissée, se couvre de sueur. Sa vue se trouble. « Son estomac lui meurt », dit-elle. Elle s'affaîsserait si elle ne s'accrochait à quelque chose, ne s'asseyait ou ne se remettait à marcher. Dès qu'elle marche tous les phénomènes cessent.

C'est le véritable équilibre du vélocipède, suivant une expression que j'ai employée autrefois pour un cas de névrite du tibial antérieur.

Après un certain temps, le phénomène a augmenté d'intensité et a gagné même la marche, qui est devenue extrêmement difficile, impossible un moment.

En dehors de cela, la malade tousse depuis deux ans et a eu des crachats hémoptoïques. Au sommet droit, la respiration est rude et l'expiration prolongée en avant ; submatité en arrière avec les mêmes signes dans la fosse sus-épineuse.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Une dame X..., à la suite de légères attaques de rhumatisme et en rentrant d'une saison à Saint-Nectaire, cessa tout à coup de marcher, tout en continuant à pouvoir se tenir debout ; soutenue sous les bras ou cramponnée à deux meubles, elle pouvait encore faire quelques pas, mais livrée à elle-même elle se tenait debout mais serait tombée s'il lui avait fallu faire quelques pas. Au lit et allongée tous les mouvements étaient possibles. En même temps que ces troubles de la motilité, étaient survenus des troubles psychiques, des phobies, c'est ainsi qu'elle ne pouvait rester seule dans une pièce, soit la nuit soit le jour, en proie à une sorte de terreur sans cause que dissipait la présence d'une personne. Elle ne pouvait aller à l'église, car la flamme des cierges tournait devant ses yeux, elle semblait tourner à son tour et serait tombée si on ne l'avait fait sortir.

Pendant quelques années la malade vécut en paralytique sans qu'aucun médecin ne parvint à la guérir, n'ayant confiance, disait-elle, dans aucun traitement.

Un jour avec sa famille, elle partit se promener en voiture ; arrivé à 2 kilomètres environ du but de la promenade, le cheval eut peur, fit un écart et précipita la voiture dans un fossé. Tout le monde se releva sans même une égratignure et tandis qu'ils laissaient le cheval et la voiture brisée sous la surveillance du domestique, les promeneurs gagnèrent à pied la ville distante de 2 kilomètres.

L'émotion avait été si forte que tout le monde avait oublié

la pseudo-paralysie, et la malade qui depuis quatre ou cinq ans ne marchait plus fit les 2 kilomètres à bonne allure, entraînant même ses parents.

Mais hélas ! arrivée au but et l'émotion passée, la dame X... se rappela tout à coup qu'elle ne marchait pas, aussitôt elle poussa un cri et s'affaissa sur un banc qui bordait la route ; depuis lors et jusqu'à sa mort elle ne marcha plus sans aide.

On pourrait trouver et étudier d'autres formes d'astasia-abasia ; il y aurait par exemple l'astasia-abasia à répétition dont nous trouvons une belle observation du D^r G. Wallet dans la thèse de Cahen ; l'astasia-abasia par accès ou par attaques étudiée par le D^r Ladame de Genève dans les *Archives de Neurologie* de janvier 1860.

Enfin on pourrait créer des variétés, suivant que les astasiques-abasiques feraient tel ou tel mouvement avec leurs membres inférieurs qui ne peuvent ni les porter ni les faire marcher, mouvement que l'on est tout étonné de leur voir faire. C'est ainsi que le malade de Chauffard dont nous donnons plus loin l'observation (obs. XIII) ne pouvait pas marcher mais pouvait coudre à la machine et pédaler à bicyclette.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est d'ordinaire facile ; et il s'impose quand on se trouve en présence d'un malade qui peut couché faire avec ses membres inférieurs les mouvements qui debout lui sont impossibles ; le tout est d'y penser.

Le diagnostic différentiel est à faire avec les diverses paraplégies.

1° *Paraplégies spasmodiques* qui se développent à la suite d'altérations systématiques primitives ou secondaires, des cordons latéraux ; on les observe dans le tabes spasmodique, les myélites transverses, les myélites par compression, etc.

2° *Paraplégies flaccides*, survenant ordinairement dans les cas où la substance grise de la moelle est le siège de lésions destructives étendues, dans les myélites centrales, les paralysies spinales aiguës de l'enfant ou de l'adulte.

3° *Paraplégies hystériques* qui affectent indifféremment la forme spasmodique ou la forme flaccide, elles ont des caractères communs avec l'astisie-abasie, les malades qui en sont atteints ne peuvent se soutenir sur leurs jambes affaiblies, ils sont encore incapables de marcher ; mais elles diffèrent de l'as-

tasie-abasie en ce que, étendus sur leur lit, les malades sont également incapables de soulever leurs membres inférieurs et de les mouvoir.

Le diagnostic est encore à faire avec la paraplégie des pottiques, le paraplégie des tabétiques au début, des enfants atteints de maladie de Friedreich ; mais dans tous ces cas, il s'agit de malades qui au lit ne peuvent faire aucun mouvement et sont paraplégés aussi bien couchés que debout.

Certaines formes de chorée comme la chorée rythmée, la chorée hystérique sont à diagnostiquer de l'astasié-abasie ; mais la cadence de leurs mouvements et surtout leur intermittence se montrent le malade étant aussi bien couché que debout ; du reste, pendant l'accès, le saut et la marche à cloche-pied deviennent impossibles.

Un diagnostic plus difficile à faire est celui des syndromes cérébelleux ; dans les syndromes cérébelleux, les malades manquent d'équilibre, ils marchent mal, tombent, et quand ils sont couchés, les mouvements sont satisfaisants.

Il semble donc qu'au premier abord le diagnostic soit très difficile, sinon impossible entre les astasiques-abasiques et les malades atteints de syndromes cérébelleux, mais les cérébelleux ont quelques signes particuliers qu'on ne trouve pas dans l'astasié-abasie et qui mettent sur la voie du diagnostic ; les cérébelleux marchent en festonnant, ils ont des troubles de l'équilibre généralisés à tout le corps, de la céphalée postérieure très vive, des troubles de diadococy-

nésie, en somme troubles assez particuliers pour qu'on puisse éviter une erreur de diagnostic.

Mais, jusque là, nous avons eu en vue l'astasié-abasie telle qu'elle résulte des descriptions de Blocq et de Charcot ; d'après ces auteurs les malades sous l'influence de certaines émotions, de certaine inquiétude, tombent dans l'astasié-abasie, ils ne peuvent pas expliquer pourquoi ils éprouvent l'impuissance de marcher ou de se tenir debout, ils sont comme s'ils ne comprenaient plus ce qu'il faut faire pour exécuter telle ou telle action, tel ou tel mouvement, ils ont oublié la manière de marcher et de se tenir debout.

Actuellement le cadre s'élargit et à côté des astasié-abasiques typiques de Blocq et de Charcot, on peut distinguer deux autres groupes de malades tout à fait différents des précédents que nous classerons provisoirement de la façon suivante : 1° peureux ; 2° phobiques.

Ces groupements ne sont pas seulement faits au point de vue étiologie et pathogénie ; mais pour peu que l'on étudie les malades de façon serrée, qu'on relise avec soin les observations publiées jusqu'à ce jour, on voit que la clinique sépare nettement ces derniers malades du groupe décrit antérieurement par Charcot et Blocq.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique et pathogénique, les astasiques-abasiques peuvent être divisés en trois classes, cette distinction est justifiée par l'évolution, la clinique, le pronostic et le traitement.

PREMIER GROUPE. — *Peureux*. — Ce premier groupe renferme les peureux, ce sont les gens dont l'équilibre présente un léger vice rédhibitoire qui leur permettrait de marcher normalement, mais qui ont peur de se lancer à cause de cette légère infériorité.

Les malades peureux se recrutent en particulier parmi les enfants à la convalescence de rhumatismes ; parmi les adultes atteints d'affections chroniques du système nerveux compromettant légèrement leur équilibre, mais incapables à elles seules d'entraîner la marche et la station debout ; parmi les tabétiques au début ; les vieillards voyant des malades qui ne peuvent marcher, et ces cas sont fréquents dans les asiles et les services de chroniques où les hémiplésiques se suggestionnent. Il y a sur ces cas de belles observations de Widal et de Pelnar (voir Bibliographie).

Ce sont encore des personnes ayant des troubles de

l'oreille interne, comme l'enfant dont M. Bonnier (1) donne l'observation : « Peu après une surdité verbale, les parents de l'enfant observaient qu'il marchait comme un enfant qui commence, les jambes sont écartées, les pieds se posent plus brusquement qu'à l'état normal et avec bruit sur le sol ; ils se détachent de même assez brusquement par flexion exagérée de la cuisse sur le bassin comme dans le steppage par élévation rapide du talon mais il n'y a pas d'ataxie à proprement parler. Ces désordres sont encore plus manifestes dans la course, pendant l'ascension ou la descente d'un escalier.

« Son labyrinthe vestibulaire fonctionne et présente les réactions ordinaires des centres bulbaires de cet appareil, et de même qu'il perçoit certains bruits et certains sons, de même il perçoit et reconnaît les mouvements auxquels on le soumet, mais il est devenu impuissant à utiliser ses notions vestibulaires d'attitude et de déplacement pour l'entendement de ses images d'équilibration. »

Cette astasie-abasie, parue après la surdité verbale, a disparu avant elle et, comme elle, elle était aussi variable et probablement aussi susceptible d'injonction.

Tous les gens de cette espèce ont peur de se lancer, chez tous ces malades l'impossibilité de marcher et de se tenir debout est sous la dépendance de l'idée

1. Bonnier. « Astasie-abasie labyrinthique. » *Revue de Neurologie*, 1903, p. 359.

de crainte, ils croient ne plus pouvoir marcher ni se tenir debout et voilà pourquoi leurs jambes fléchissent et ils tombent.

Nous allons reproduire ici une observation de M. le professeur Chauffard, c'est l'observation d'un homme qui, à la suite d'arthropathies multiples surtout douloureuses au niveau des genoux et des pieds, survenues à la suite d'une blennorragie, ne peut ni se tenir debout ni marcher et présente des phénomènes d'astasia-abasie ; chose curieuse et que l'on rencontre très fréquemment dans l'astasia-abasie, cet homme qui ne pouvait ni marcher ni se tenir debout pouvait coudre à la machine et pédaler à bicyclette.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Chauffard) (1)

C'est un homme âgé de trente et un ans ; dans ses antécédants nous trouvons trois choses très importantes à signaler :

1° Convulsions dans son enfance :

2° Syphilis il y a neuf ans, soignée un mois par des frictions, nous voyons sur son bulletin l'apparition de plaques muqueuses, puis traitement à l'iodure de potassium, en somme traitement assez peu sérieux ;

3° Il y a quatre ans, blennorragie avec arthropaties multiples, surtout douloureuses au niveau des genoux et des pieds

1. *Gazette des Hôpitaux*, avril 1903.

Depuis ce temps-là, il a gardé une raideur des jointures qui est venue se surajouter à d'autres troubles paralytiques qu'il a présentés.

On le soigne pour ses arthropathies. Guéri, on veut le faire lever, mais on s'aperçoit qu'il ne peut se tenir sur ses jambes.

On le garde au lit six semaines, puis il recommence à marcher mais reste dans un état très précaire au point de vue de la force des jambes et de la marche.

En février on lui fait 40 piqûres de bi-iodure de mercure, le considérant comme atteint de paraplégie syphilitique.

Entré dans notre service le 10 décembre, sa démarche me frappa et dès les premiers jours nous la qualifions d'hésitante et de phobique. Il marchait avec d'innombrables précautions comme un homme qui a peur de manquer d'équilibre et de tomber ; il présentait assez bien l'apparence d'un paraplégique incomplet. De plus nous trouvions les réflexes rotuliens un peu exagérés, une légère trépidation du pied, une hyperesthésie plantaire, une inégalité pupillaire, pas de signe d'Argyll, pas de troubles des réservoirs, pas de points hystérogènes. Seulement, en l'interrogeant, il nous a dit plusieurs choses tout à fait contraires à l'idée d'une lésion organique. Il nous a dit en effet que s'il ne pouvait pas marcher il pouvait travailler avec une machine à coudre à deux pédales en les faisant manœuvrer avec ses pieds.

En outre il nous a dit qu'il faisait bien de la bicyclette, ne pouvant pas se donner le départ, mais roulant indéfiniment une fois lancé.

Il est certain que nous ne sommes pas habitués à voir des

paraplégiques aller à bicyclette : ceci est paradoxal et nous a fait dire qu'il s'agissait non de troubles anatomiques mais de troubles fonctionnels. Nous ne pouvons admettre en effet qu'un trouble de la moelle qui empêche de marcher puisse permettre au sujet de pédaler correctement. Une autre fois il s'était trouvé dans la rue mêlé à une querelle et là il avait laissé canne et béquille pour cogner sur son adversaire.

Voilà donc un type bien singulier de paraplégique qui boxe avec son adversaire et a le dernier mot. Nous avons donc bien affaire à un fonctionnel.

Il y avait cependant en faveur de la lésion la syphilis, mais si la syphilis est une grande productrice de lésions au point de vue du cerveau, elle névropathise tout autant qu'elle lèse, et on ne compte plus les hystériques et les neurasthéniques d'origine syphilitique. Nous pouvons donc lui attribuer aussi bien un rôle pathogène comme ceux de troubles fonctionnels.

D'autre part, sa légère inégalité pupillaire est quelque chose qui n'entre pas dans le cadre des troubles fonctionnels que nous avons constatés. A ce point de vue, ce malade demande à être maintenu en observation, car il y a là un symptôme un peu suspect, dont nous connaissons toute la valeur au début du tabes et surtout au début de la paralysie générale.

Autre chose : ce malade, au début, présentait un état émotif ; quand on voulait le faire marcher, on voyait que tout son système nerveux était sous pression, ses yeux devenaient saillants, sa figure se congestionnait, il avait l'air de faire un effort énorme. D'autre part, en l'examinant nous ne

trouvions aucun signe d'hystérie, pas de point hystérogène, pas de rétrécissement du champ visuel, pas de crises convulsives, pas de stigmates de neurasthénie, pas d'allure neurasthénique, rien.

Qu'incriminer alors, comme cause de cet état fonctionnel bizarre ?

Cet état correspond à l'astasia-abasie : aucun trouble de sensibilité ou de coordination ; quand j'ai voulu fléchir sa jambe je l'ai trouvée rigide.

Nous avons pu guérir notre malade par un traitement purement suggestif et psychique. Nous lui avons bien fait, il est vrai, des injections de spermine de Poehl, mais nous avons employé ce produit parce que nous étions sûrs que le malade n'en avait pas entendu parler. D'autre part, quand on veut intervenir psychiquement, il faut préparer le malade, le mettre en état d'attente favorable : on a alors beaucoup plus de chances d'agir que si, d'emblée, l'on brûlait toute sa poudre.

Nous avons fait la mise en scène voulue et vingt-quatre heures après la première injection, il marchait plus correctement que la veille et se considérait lui-même comme en voie de guérison.

Nous lui avons alors fait une deuxième injection, et il va quitter le service à peu près guéri.

Deuxième groupe. — Pithiatiques. — Le pithiatisme est un nom proposé par Babinski pour désigner un état psychique se manifestant par des troubles guérissables par la persuasion et devant remplacer celui d'hystérie.

Le symptôme pithiatique est celui qui peut apparaître ou disparaître par suggestion soit en état de veille, soit en état de sommeil hypnotique (après une colère, après une peur, etc.).

Sous ce nom, nous réunissons toutes astasies-abasies disparaissant par auto ou hétérosuggestion ; les causes et les débuts en sont une peur, une contrariété, une émotion, etc... les sujets ont pour la plupart une tare : épilepsie, hystérie, etc.

Dans tous ces cas, cette astasie-abasie débute par une émotion et se termine soit spontanément, soit par auto ou hétérosuggestion.

Etudiée chez les pithiatiques, l'astasie-abasie ne nous apparaît pas comme une maladie indépendante, mais comme un syndrome survenant chez les hystériques, les épileptiques, les neurasthéniques. Cette affection peut apparaître sous l'influence de l'autosuggestion chez les hystériques, de l'obsession chez les neurasthéniques, enfin sous l'influence de ces deux causes ensemble.

Et comme le groupe des pithiatiques est le plus nombreux, l'hystérie et la neurasthénie indiquent les causes les plus fréquentes de son origine.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Marcel Nathan)

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, employée dans une boulangerie, qui subitement est prise en mai 1909 d'une

crise d'hystérie nette et typique, classique, avec période de grands mouvements, elle avait ses règles à ce moment.

A la suite de cette crise, elle reste un peu obnubilée, soudainelle ne peut plus marcher ni se tenir debout, mais s'affaisse ; transportée à l'hôpital on constate qu'elle ne peut ni marcher ni se tenir debout sur ses jambes. Mais au lit, tous les mouvements sont possibles. Cette jeune fille est nerveuse, elle pleure dans son lit, a de la céphalée et un peu de raideur de la nuque, on fait une ponction lombaire, mais elle est négative.

Antérieurement notre malade n'avait eu aucune crise d'hystérie, aucun trouble ni de la conduite ni du raisonnement, ni de l'intelligence, ni de la volonté.

Après quelques jours de repos et dès que le diagnostic fut certain, la malade fut amenée dans le cabinet de la surveillante où eut lieu une séance de suggestion hypnotique ; à la suite de cette séance, la malade, qui avait été portée dans le cabinet de la surveillante, put retourner toute seule à son lit et faire tout ce qu'on lui commanda.

D'abondantes crises de larmes suivent le réveil ; puis subitement survient une paralysie du pouce droit qui est replié dans la paume de la main droite ; au bout de quelques secondes, contracture de toute la main droite.

Une nouvelle séance de suggestion hypnotique est faite tout de suite et tout rentre dans l'ordre, tous les troubles sont terminés.

TROISIÈME GROUPE. — *Staso-basophobiques*. — On appelle staso-basophobie une crainte morbide que

présentent certains malades, de marcher ou de se tenir debout.

Les staso-basophobiques font partie de la grande famille des déséquilibrés psychiques. C'est une phobie qui se développe sur le terrain du déséquilibre intellectuel, avec exagération de la sensibilité, abolition de la volonté et persistance presque complète de l'intelligence ; c'est le terrain propice aux obsessions, impulsions, phobies.

Si nous lisons des observations de staso-basophobiques, nous voyons qu'un fait caractéristique est la survenance des troubles par période avec une intelligence tout à fait conservée.

Au point de vue séméiologique, le malade ne peut marcher car les mouvements de la marche lui procurent une angoisse indéfinissable, des mouvements somatiques pénibles cessant dès que le malade est assis ou couché.

Cette astasie-abasie a tous les caractères des phobies : elle survient chez des malades conscients et reconnaissant eux-mêmes l'inanité de leurs phobies.

Ce qui caractérise bien la staso-basophobie, c'est que souvent elle guérit, mais hélas, pour être remplacée par une autre obsession ou une autre impulsion, par un autre trouble psychonévropathique du déséquilibre intellectuel.

La staso-basophobie a tous les caractères des différents troubles psychonévropathiques :

- 1^o Apparition par accès ;
- 2^o Indépendance de la volonté ;

3. Caractère angoissant ;.

4° Caractère irrésistible ;

5° Lorsque la cause de cette phobie a disparu (le malade étant assis, par exemple) tout cesse.

Bouveret (1) nous parle d'une malade qui gardait le lit depuis longtemps parce qu'elle ne pouvait pas se tenir debout, sans toutefois présenter aucune trace d'une paralysie ou d'une affection organique quelconque des centres nerveux : « Je voulus, dit-il, la faire lever, mais à peine debout, elle fut prise d'un état d'angoisse effrayant avec oppression, palpitations, pâleur de la face, et il fallut promptement la remettre au lit. »

On peut rapprocher de cette staso-basophobie telle qu'on la trouve dans Bouveret, Ballet, Debove, Seglas ; des cas étiquetés par Régis sous le nom d'anabasie ou d'anastasie ; le premier est caractérisé par l'impossibilité de monter, la faculté de marcher, de se lever et de s'asseoir étant conservée chez ce malade ; le deuxième par l'impossibilité de se lever quand on est assis.

Un prêtre cité par Régis, d'après Lichtwitz, était à certain jour et surtout quand l'église était pleine de monde, dans l'impossibilité de gravir les marches de l'autel et de dire sa messe. Mais s'il pouvait s'appuyer sur l'enfant de chœur l'obsession inhibitrice disparaissait (extr. du *Traité de pathologie mentale* du prof. Ballet).

1. Bouveret. *La neurasthénie*, 1890, p. 73.

Nous reproduisons ici une observation d'astasié-abasie du groupe des staso-basophobiques du professeur Debove et de Bouллоche.

OBSERVATION XV (1)

Nous avons eu l'occasion, M. Bouллоche et moi, d'étudier un trouble de la locomotion qui n'a été que rarement signalé. Ce trouble d'origine émotive consiste en une impossibilité absolue de marcher et de se tenir debout, avec conservation de la force musculaire.

Ce symptôme s'est déclaré il y a dix ans environ à la suite d'une émotion vive chez une femme âgée aujourd'hui de quarante-huit ans. Depuis son apparition il a toujours été en s'aggravant, si bien qu'à son entrée à l'hôpital cette femme était complètement incapable de marcher ; ses jambes fléchissaient sous elle dès qu'elle voulait le faire, mais si on lui donnait la main elle pouvait parfaitement aller d'un bout à l'autre de la salle.

Couchée cette femme exécutait tous les mouvements qu'on lui commandait.

Il s'agissait donc d'un phénomène psychique, d'une sorte de peur, peur dont la malade se rendait d'ailleurs fort bien compte.

Elle ne présentait du reste aucune modification de la sensibilité générale ou spéciale, aucun affaiblissement de la motilité.

1. Debove et Bouллоche. *Semaine médicale*, 1893, p. 532.

Ses réflexes tendineux du genou avaient disparu sans qu'il y eut aucun autre signe tabétique. Il n'existait aucun stigmate d'hystérie.

Peu à peu, sous l'influence d'une sorte d'entraînement progressif, nous avons réussi à faire marcher cette malade et elle est sortie de l'hôpital complètement guérie.

Il est certain que le syndrome présenté par cette malade offrait une certaine ressemblance avec l'agoraphobie : il en différait cependant par l'absence de ce sentiment d'angoisse constant chez les agoraphobiques et de plus, ce n'était pas seulement dans les endroits découverts et spacieux que la malade était incapable de marcher et de se tenir debout, c'était aussi dans les espaces clos et limités. Il s'agissait, si vous le voulez, d'une staso-basophobie, c'est-à-dire d'une peur, d'une phobie rendant la marche et la station debout impossibles.

Telle la pathogénie de l'astisie-abasie. Binswanger, Blocq et Charcot avaient bâti de belles théories pour expliquer le mécanisme de l'astisie-abasie : ils supposaient que la moelle avait perdu le souvenir de certains mouvements coordonnés, ceux qui réalisent la station debout et la marche ; que le cerveau dès lors envoyait inutilement l'ordre d'exécution à des centres inférieurs qui ne savaient plus l'exécuter. Dans cette hypothèse l'astisie-abasie hystérique serait un fait d'amnésie spinale. Nous ne suivrons pas ces auteurs dans ces discussions psychophysiologiques dont l'étude approfondie des faits ne nous permet pas d'apprécier le plus ou moins bien

fond ; nous notons que l'astasia abasie dont ils parlent présente tous les caractères des symptômes qui ont été réunis dans ces derniers temps sous le nom de symptômes pithiatiques ; et nous croyons jusqu'à plus ample informé qu'il faut rattacher au pithiatisme tout ce groupe des astasiques-abasiques tels que les décrivaient Charcot et ses élèves.

Avant de passer plus loin, disons quelle différence se trouve dans l'esprit des astasiques-abasiques des trois groupes ; les peureux et les pithiatiques ignorent pour quel motif ils ne peuvent plus marcher ; les staso-baso phobiques au contraire se rendent compte que leur impuissance à se tenir debout et à marcher provient d'une sorte de crainte à laquelle ils ne peuvent se soustraire.

PRONOSTIC, ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

Dans ce travail notre pathogénie a été établie exclusivement d'après la clinique et en effet ces distinctions pathogéniques des divers groupes du syndrome astasique-abasique n'ont pas seulement un intérêt spéculatif, mais nous permettent dans une certaine mesure de pronostiquer l'évolution de la maladie, de juger de sa curabilité et de lui appliquer le traitement qui lui convient.

La forme pithiatique comme nous l'avons vu a une tendance spontanée à la guérison, mais certaines observations nous ont montré que ce rétablissement spontané assez rapide mettait des semaines, voire des mois à se produire (quinze mois dans une observation) ; aussi le médecin doit-il intervenir d'une façon active en pareille circonstance.

Le traitement employé consiste dans la suggestion psychique sous toutes ses formes : suggestion à l'état de veille, médicaments psychiques, persuasion sous ses divers modes, suggestion à l'état d'hypnose.

Tous ces traitements réussissent presque dans tous les cas.

Les peureux offrent peut-être une moindre prise à la suggestion hypnotique, mais chez eux la per-

suasion arrive à jouer un grand rôle, et avec elle une méthode de choix semble consister dans la rééducation.

La rééducation agit en pareille circonstance par une double action, elle réapprend aux malades à marcher et diminue dans une certaine mesure les troubles rédhibitoires de l'équilibre ou de la marche qui rendent le malade défiant de lui-même et même sans agir directement sur ce trouble, sans le modifier, elle peut rendre la confiance au malade par ce seul fait qu'il croit à la régression de ce trouble, du fait de la rééducation ; c'est-à-dire que la rééducation agit par elle-même et par persuasion.

Pour les staso-basophobiques, le pronostic est celui de toutes les phobies, c'est dire qu'il est essentiellement sévère, cette phobie comme toutes les phobies peut s'atténuer et même disparaître par un traitement psychothérapique, isolement dans une maison de santé, rééducation morale ; mais il arrive très fréquemment que dès que le malade est rendu à son milieu, à son entourage, les troubles staso-basophobiques reparaissent.

La staso-basophobie se développe sur le terrain du déséquilibre intellectuel, et nous savons quelle est la fécondité de ce terrain en troubles psychonévropathiques d'ordres divers. La staso-basophobie peut disparaître mais aussi être remplacée par une autre phobie, obsession ou impulsion plus ou moins pénible.

L'une des manifestations guérie peut être rem-

placée par une autre manifestation du même ordre.

Ce pronostic relativement réservé de la staso-basophobie s'oppose donc nettement à celui des deux premiers groupes d'astisie-abasie et justifie pleinement les divisions cliniques et pathogéniques adoptées dans ce travail.

Avant de tirer de ce travail les conclusions qui en découlent, nous voulons donner encore deux observations inédites d'astisie-abasie, tirées d'un mémoire de MM. Dutil et Autocratow, mémoire qui n'a pas été publié et qui date de 1892.

OBSERVATIONS XVI ET XVII

Le premier cas concerne un jeune homme de vingt-sept ans, fort et bien musclé.

Pas d'antécédents nerveux et héréditaires. La mère est une femme bien portante, le père est mort depuis dix ans d'une maladie de vessie, ses quatre frères et ses cinq sœurs jouissent d'une bonne santé. A l'âge de dix-sept ans le patient a eu de l'inflammation du poumon. Il y a six ans déjà, quand le malade en service comme garçon d'hôtel à Paris portait un jour un grand paquet de linge, son pied gauche ayant glissé, il tomba en renversant tout le paquet sur le pied gauche, s'étant relevé il a éprouvé une forte douleur dans la jointure du genou gauche et ne pouvait pas bouger. On le prit et le coucha, et il garda le lit pendant huit jours après lesquels il recommença à travailler, n'éprouvant plus aucun mal dans la jambe gauche. Jusqu'en septembre de

1888 il resta bien portant mais à cette époque il ressentit une douleur dans la jointure du genou gauche quoique ce mal ne l'empêchât pas de remplir le service de garçon d'hôtel ; il y avait même des jours où ce malaise disparaissait. En 1889 le malade commençait à s'apercevoir qu'il lui devenait très difficile de monter l'escalier. Il a remarqué aussi que cette ascension lui devenait plus facile quand il déplaçait ses pieds de manière que les bouts des pieds soient dirigés en dedans. D'abord il prenait cette démarche bien rarement mais après cela lui arrivait plus souvent. Enfin il a commencé à éprouver une telle faiblesse dans les jambes qu'il a dû quitter son service à l'hôtel et partir à la campagne en qualité de jardinier. En habitant la campagne il a remarqué que sa démarche avec les pieds tournés en dedans lui devenait habituelle et qu'en marchant il ne pouvait plus changer cette position des pieds jusqu'à ce qu'il s'arrêtât et se tint debout tout immobile. Après trois mois de séjour à la campagne le malade se maria, mais six mois après son mariage sa femme mourut. Cette perte a produit sur lui une forte impression et en même temps la faiblesse de ses membres inférieurs augmenta surtout dans la jambe gauche. Une douleur survint. Le malade ne pouvait marcher et se tenir debout que lorsque les pieds étaient dirigés en dedans. Autrement il ne pouvait pas marcher, même étant debout il éprouvait l'incertitude.

En se plaignant de la faiblesse dans les jambes et de l'irrégularité de sa marche il demandait conseil chez plusieurs docteurs mais le traitement médical ne lui apportait aucun soulagement. En avril 1892 le malade arriva à Paris et vint à la consultation externe de la Salpêtrière où il est resté.

Etat actuel. — Le malade marche avec les pieds tournés en dedans, dans cette position les pieds se tiennent avec certitude et force.

En marchant, s'il désire changer cette position des pieds il doit s'arrêter et se mettre immobile ; si on lui met les pieds régulièrement on remarque dans sa démarche une grande incertitude ; il se fatigue bien vite et ne peut se tenir longtemps dans la position normale. Pour se relever de chaise sans embarras le malade doit d'abord mettre les bouts des pieds en dedans mais il lui est impossible de se relever en gardant la position normale des pieds. Etant assis et redressant d'abord les deux jambes, le malade peut croiser les jambes, en mettant la jambe droite sur la jambe gauche et peut relever facilement les deux jambes ensemble mais quand il met la jambe gauche sur la jambe droite il les relève difficilement. Les muscles dans les deux membres inférieurs sont bien développés. La force musculaire dans les deux jambes est égale. Etant couché il exécute tous les mouvements avec précision et régularité. Les pupilles sont égales, leur réaction à la lumière et à l'accommodation est normale. Le champ visuel ne présente rien d'anormal. L'ouïe, le goût et l'odorat sont normaux. La sensibilité cutanée à la douleur et tactile est normale. Les réflexes cutanés sont assez vifs, les réflexes tendineux cubitiaux sont normaux, le réflexe rotulien est bien vif. Les vaso-moteurs sont irritables. En passant le doigt sur la peau apparaît tout de suite la chair de poule. Du côté des organes intérieurs on n'a aperçu aucun phénomène pathologique. Du côté psychique le malade se présente bien impressionnable, son humeur change facilement.

Pendant deux semaines de son séjour à la Salpêtrière on n'a remarqué aucune amélioration dans son état.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une fillette âgée de treize ans. La malade appartient à une famille normale et bien portante. Le père est porteur de journaux, la mère s'occupe du ménage. Pendant sa première enfance la fillette a eu la coqueluche et la rougeole deux ans et demi auparavant elle a eu la fièvre scarlatine après laquelle elle s'est rétablie bientôt et a commencé à fréquenter l'école où elle étudiait très bien. Jusqu'en janvier 1892 elle était en santé parfaite quand à la fin de ce mois elle est devenue malade de l'influenza, pendant laquelle elle était restée au lit seulement trois jours. Étant relevée elle sentit une faiblesse dans les jambes et la douleur dans les muscles des mollets. Après huit jours elle remarqua qu'elle traînait en marchant sa jambe gauche.

Pour renforcer sa santé on l'envoya à la campagne chez sa grand'mère. Là apparurent bientôt les différents symptômes maladifs. La malade a éprouvé une forte douleur dans la région de la poitrine. La douleur était si vive que la fillette criait et en même temps elle tressautait sur le lit à un tel point qu'elle tombait quelquefois sur le plancher. Au début de la maladie ces accès se renouvelaient quatre fois par jour, et chaque fois l'accès durait avec des intervalles à peu près d'une heure. Avant le commencement d'un tel accès la malade éprouvait une certaine inquiétude, une désagréable sensation dans la région de l'estomac et quelquefois la difficulté de la respiration. Outre tout cela la malade éprouvait aussi des battements dans les tempes et de temps en temps le vertige. Plus tard tous ces accès sont devenus plus rares.

En revenant de chez sa grand'mère à Paris près de ses parents, la malade se plaignait de la faiblesse dans les jambes pendant la marche et des accès qui sont décrits plus haut et qui maintenant n'ont apparu qu'après quelques jours. En avril la malade était conduite par ses parents à la Salpêtrière dans la division du professeur Charcot.

Etat actuel. — La malade est bien développée pour son âge; les tissus muqueux visibles sont d'une couleur normale. La forme du crâne est normale, la mâchoire supérieure avance beaucoup, les dents sont rares. En lui faisant montrer la langue on aperçoit un faible tremblement, les pupilles sont également dilatées. Le champ visuel est aussi normal. L'ouïe, le goût et l'odorat sont normaux, le réflexe pharyngé est intact, les réflexes cutanés sont normaux, les réflexes rotuliens sont un peu exagérés.

La sensibilité à la douleur est un peu élevée, la malade éprouve une douleur insignifiante quand on lui fait pression dans la région du cœur. Les vaso-moteurs sont irritables; les mains sont couvertes de sueurs et cyanotiques.

Dans la station verticale et dans la marche elle éprouve une grande faiblesse dans les jambes. elle marche bien lentement en trainant un peu la jambe gauche. Les muscles des membres inférieurs sont développés bien régulièrement. La malade étant couchée ou assise peut exécuter avec ses membres inférieurs tous les mouvements avec force et précision, on ne constate aucun dérangement dans l'appareil des membres inférieurs ainsi que dans l'appareil nerveux des jambes. La malade est un sujet nerveux et impressionnable, son humeur varie souvent; quand le temps est mauvais, la malade devient fort capricieuse et irritée.

Après deux semaines de séjour à la Salpêtrière, sous l'influence du traitement par les douches et par l'électricité son état s'améliora sensiblement ; la faiblesse dans les jambes diminua ; en marchant elle traînait moins la jambe gauche. Durant la seconde semaine on ne remarquait plus d'accès.

CONCLUSIONS

1° L'astisie-abasie comprend un certain nombre de syndromes caractérisés par ce fait qu'un malade qui couché peut faire d'une façon satisfaisante ou relativement satisfaisante les différents mouvements de la marche ne peut lorsqu'il est abandonné à lui-même sur pied, ni se tenir debout (astisie) ni marcher (abasie).

2° Au point de vue clinique et au point de vue pathogénique les astasiques-abasiques peuvent se diviser en trois groupes :

α) *Pithiatiques*, qui correspondent à la plupart des faits rapportés par Blocq et Charcot et qui offrent tous les caractères des phénomènes pithiatiques : apparition et disparition par auto ou hétérosuggestion soit en état de veille, soit en état de sommeil hypnotique (après une colère, une peur, etc.), phénomènes guérissables par la persuasion.

β) *Peureux*. — Sous ce nom, nous groupons des sujets dont l'équilibre est compromis par quelque défectuosité : faiblesse des membres inférieurs chez les convalescents, troubles de la locomotion chez les hémiplegiques, troubles de l'équilibre chez les tabétiques au début, affection de l'oreille interne,

troubles légers de la force musculaire et de la motilité chez de vieux artérioscléreux.

Tous ces troubles seraient compatibles avec une station et une locomotion relativement satisfaisante, s'il n'étaient pas chez ces malades le point de départ d'une défiance en leur équilibre, défiance qui inhibe en eux la faculté de marcher et de se tenir debout.

γ) Stasobasophobiques. — Ces malades appartiennent à la grande famille des déséquilibrés, ils ont tous les caractères des troubles psychonévropathiques du déséquilibre psychique :

- a) Apparition par accès ;*
- b) Indépendance de la volonté ;*
- c) Caractère angoissant ;*
- d) Caractère irrésistible ;*
- e) Lorsque la cause de cette phobie a disparu, tout cesse ;*

3° Ces considérations expliquent donc suffisamment la différence du pronostic et du traitement à établir chez ces différents malades : les pithiatiques et les peureux guérissent le plus souvent assez facilement par la suggestion et la persuasion sous toutes ses formes. Les stasobasophobiques n'ont rien à gagner, au contraire, de la suggestion ; ils doivent être soumis au traitement psychothérapique, à l'hygiène morale, qui ne peuvent s'obtenir que par la cure d'isolement ; mais encore une fois, les rémissions peuvent n'être que passagères, les guérisons définitives sont rares et bien souvent la stasobasophobie, quand elle gué-

rit, cède la place soit à une autre phobie, soit à une obsession impulsion dont on connaît la parenté étroite avec la phobie.

Vu : le Président de la thèse
DIEULAFOY

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alessi.* — Astasie-abasie traumatique chez un enfant imbecile. *Gaz. degli osped. e della cliniche*, 13 décembre, p. 1622.
- Ausset.* — *Echo médical du Nord*, 8 avril 1900.
- Ballet.* — Abasie amnésique, abasie par obsession et par idée fixe. *Semaine médicale*, 12 janvier 1898.
- *Traité de pathologie mentale.*
- Blocq (P.).* — Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie. *Arch. de neurologie*, nos 43 et 44, p. 24 et 187, 1888.
- Bonnier.* — Astasie-abasie labyrinthique. *Revue de neurologie*, 1903, p. 359.
- Bouchaud.* — Atasie-abasie. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1892, 16 et 23 décembre.
- Bouvieret.* — La neurasthénie, 1890, p. 73.
- Buck (de).* — Réflexions sur un syndrome d'astasie-abasie. *Société de médecine mentale belge*, juin et août 1903.
- Berbesse.* — *Gazette hebdomadaire*, 30 novembre 1888.
- Binswanger.* — Berlin, *Klinische Wochenschrift*, nos 20 et 21, 1890.
- Brunon.* — *Normandie médicale*, 1889.

- Bonamaison*. — Deux nouveaux cas d'astasia-abasie. *Archives de neurologie*, 1891, p. 93.
- Berthet*. — Sur un cas d'abasia *Lyon médical*, t. LXI et LXII.
- Bremer*. — *The Journal of nervous and mental disease*, janvier 1893, p. 13.
- Brasch*. — Soc. de psych. et de neurol. de Berlin, 1901, t. XXXV, p. 243.
- Charcot*. — Leçons du mardi à la Salpêtrière, t. II, 1890.
— *Journal de médecine de Paris*, 1888, p. 640.
— *Revue générale de clinique*, 14 mai, p. 144.
- Chauffard*. — Astasia-abasie. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 février 1903.
— *Gazette des hôpitaux*, 14 avril 1903, p. 445.
- Cahen*. — Contribution à l'étude de l'astasia-abasie, 1890.
- Charcot et Richer*. — *Journal de médecine moderne*.
- Debove et Bouilloche*. — *Semaine médicale*, 1893, 1883, n° 1, p. 6.
- Dutil*. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1890, p. 92.
- Erlennever*. — *Über statische Reflex Kranpf*. Leipsich, 1885, p. 808.
- Eulenburg*. — *Neurologische centralblatt*, 1890, n° 23.
- Faure (Maurice)*. — *Revue de neurologie*, 1906, p. 774.
- Féré*. — *L'épilepsie et les épileptiques*, 1890.
- Graziani*. — *Gazetta internat. di medica pratica*. Naples, 15 avril 1901.
- Gelinau*. — Des peurs malades ou phobies.
- Grasset*. — *Maladies de l'orientation et de l'équilibre*, 1901.
- Gabbi*. — Astasia-abasie traumatique chez une fillette épi-

- leptique. *Rivista di patologia nervosa mentale*. Firenze, février 1902, p. 57.
- Gerhard*. — Astasie-abasie. *American Medicine*, 18 janvier 1902.
- Haskonec*. — L'akakinésie. *Revue neurologique*, 1901. p. 1107.
- Hoge*. — Astasie-abasie hystérique chez un enfant de deux ans. *Saint-Louis Courier of med.*, avril 1901.
- Henoch*. — Vorlesungen über Kinder Krankheiten.
- Hammond*. — Astasie and abasie with the presentation of case. *Medical Record*, 28 février 1891.
- Jassinsky*. — *Gazetta lekarska*. Varsovie, 1889, n° 13.
- Jaccoud*. — Paraplégies et ataxie de mouvement, 1864, p. 653.
- Janet*. — Les obsessions et la psychasténie.
- Knapp*. — Astasie-abasie. *The Journal of nervous and mental*, novembre 1891, p. 673.
- Kowalewsky*. — *Archives de psychiâtrie et de neurologie*, t. XVIII, XIX, XX.
- Kouznetsow*. — *Wiestnik de la psychiâtrie clinique et légale du professeur Merjewski*, 1890.
- Laboucle*. — Astasie-abasie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 13 décembre 1903.
- Ladame*. — Astasie-abasie sous forme d'attaques. *Arch. de neurol.*, janvier 1890.
- Lejonne et Chartier*. — Astasie-abasie choréiforme. *J. de l'encéphale*, mai 1907.
- Littre et Gilbert*. — *Dictionnaire de médecine*.
- Lebreton*. — La paralysie hystérique. Thèse de Paris, 1868.
- Marfan*. — *Bull. méd.*, 1896, p. 139.

- Marie (Pierre).* — Deux cas d'astasia-abasia chez des vieillards. Soc. méd. des Hôp., 29 nov. 1901.
- Milian.* — Arch. gén. de médecine, mars 1897.
- Mingazzini.* — Stasobasophobie. Boll. della Academ. medica. Roma, 1894.
- Mongour.* — Astasia-abasia choréiforme. Soc. anat. et physiol. Bordeaux, 15 mai 1897.
- Morton Prince.* — The Journal of nervous and mental disease, déc. 1892, n° 12.
- Motta.* — Gaz. degli Osped. della Cliniche, 4 septembre 1898, p. 1127.
- Mathieu.* — Gazette médicale, 1891.
- Moritz Benedickt.* — Journal de médecine moderne. Collège des docteurs de Vienne, 1891, p. 906.
- Mobius.* — Uber Astasia und Abasia. Schmidts, Sahrbülher, 1890.
- Pitres.* — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.
- Pelnar.* — Relations entre l'astasia-abasia et l'artériosclérose. Rev. de Neurol., 1902, p. 850.
- Pittaluga.* — Gazzetta degli osped, septembre 1891.
- Parnon.* — Spitaltel, 1906, p. 183.
- Rayneau.* — Astasia-abasia hystérique guérie par la suggestion hypnotique et la rééducation des mouvements. Ann. médic. du Centre, mars 1905.
- Rummo.* — Riforma medica, n° 16, p. 184, 10 avril 1899.
- Raymond.* — Astasia-abasia hystérique chez un homme de trente-deux ans. Bull. méd., 31 mai 1902.
- Smith.* — The Johns Hopkins Hospital, janvier-février 1894, n° 37.

- Serafino Romei.* — Gaz. degli osped., n° 76, p. 605, 1889.
- Sousaleite.* — Progrès médical, juin 1888.
- Salami-Pace.* — Il picani gaz. sicola, anno 1888, p. 180.
- Seglas.* — Journal de médecine moderne, 1891, p. 24.
- Sanna Salarès.* — Riv. di path. nerv. e ment., novembre 1902.
- Tormido Silvestri.* — Gaz. degli osped. della cliniche, 1^{er} octobre 1905.
- Thyssen.* — Arch. de Neurol., 1891, n° 61 et 62.
- Terrien.* — Anjou médical, juillet 1900.
- Truelle.* — Astasie-abasie délirante ou simulée. Bulletin de la Société clinique de médecine mentale, avril 1909.
- Urriola.* — Progrès médical, 29 juillet 1899.
- Vilcoq.* — Union médicale du Nord-Est, 1894, n° 11.
- Weber.* — Med. Record, 1893, p. 808.
- Weill.* — Arch. de Neurol., 1892, no 67.
- Widal.* — Astasie-abasie chez un vieillard. Soc. méd. des hôpitaux, 29 novembre 1901.
- Willsonn.* — Journal of Med., juillet 1899.
- Weir-Mitchell.* — Lect. of diseases of the nervous system especially in women. Philadelphia, 1885, p. 35.
- Adam Wizel.* — Gazetta lekarska. Varsovie, 1891, n° 9 et 17.

